

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO A CONTRATISTA POR CONCEPTO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)		Código Regional		11	
	REGIONAL DISTRITO CAPITAL		Código Centro		940610	
	CENTRO NACIONAL DE HOTELERÍA, TURISMO Y ALIMENTOS- BTÁ D.C.		Fecha Elaboración		Junio de 2024	
	Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Versión		MARZO 2024 - 2,24	
		ID de Proceso		65669-586010		
DATOS DEL CONTRATISTA						
Nombres y apellidos:		PABLO LEONARDO ZAMORA HEREDIA		Banco a consignar:		DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía		1.012.337.641		Tipo de cuenta:		AHORROS
Correo electrónico:		plzamora1@misena.edu.co		Número de Cuenta:		477600022164
IP/Nº de contacto:		3143186417		Presta Servicios Excluidos de IVA:		NO
Inducción SST:		SI		Pertenece al régimen simple de tributación:		NO
Régimen del IVA:		NO RESPONSABLE		Es declarante de renta por el año gravable 2023		SI
¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?						NO
Sus ingresos en el 2023 fueron iguales o superiores a \$59.377.000						SI
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2024 es igual o superior a \$188.260.000 (debe registrarse como responsable del IVA)						NO
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?						NO
Concepto del pago corresponde a:						Ninguno
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.						0,00%
DATOS DEL CONTRATO						
Nº del contrato:		5853263/2024		Nº Compromiso SIIF		17924
				Número de pagos durante la vigencia del contrato		8
OBJETO CONTRACTUAL:		Prestar servicios personales de carácter temporal como Instructor para orientar la formación de acuerdo a la guía para desarrollar los procesos formativos en formación Titulada y/o Complementaria presencial y/o virtual del Centro Nacional de Hotelería Turismo y alimentos, sedes, subsedes y/o ambientes dispuestos para la formación.				
(Descripción del servicio prestado)						
DATOS PERIODO DEL PAGO						
Del		01/06/2024		Al		30/06/2024
Número de pago		5		Saldo Anterior del Contrato:		\$ 15.629.407
Valor Bruto Pago:		\$ 4.465.545,00		Valor Total del Contrato:		\$ 33.491.587
				Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 11.163.862
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO						
Ingresos por honorarios		\$ 4.465.545		Ninguno		0,00%
Ingresos por comisiones		\$ 0		Retención en la Fuente del Periodo		\$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 0				
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO		\$ 4.465.545		Menos, ReteFuente Otros Ingresos		\$ 0
BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE		\$ 2.618.190		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR						
		Junio		Mayo		
Nº Planilla PILA, o, Nº Radicación pago SS		7924522581		Base retención en la fuente a título de RENTA		2.618.190,00
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.786.218		Base retención en la fuente a título de ICA		3.956.445,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 223.300		Valor base IVA		0,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 285.800		IVA (Si es RESPONSABLE)		0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -		Menos Retención en la Fuente		0,00
ARL II		\$ 18.700		Menos Retención IVA		0,00
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -		Reteica - 8299 - BOGOTÁ		38.219,00
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -				0,00
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -				0,00
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ -				0,00
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		\$ -				0,00
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		\$ -		Otras Retenciones		0,00
Intereses Prestamo de Vivienda		\$ -		Otras Retenciones		0,00
Dependientes hasta		\$ 446.555		Otras Retenciones		0,00
Salud hasta		\$ 753.040		Otras Retenciones		0,00
Renta Exenta 25%		\$ 24.787.566		Otras Retenciones		0,00
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 3.491.596		Otras Retenciones		0,00
Retención en la Fuente Contingente		\$ -		Otras Retenciones		0,00
				Descuentos de embargo (Si tiene)		0,00
				VALOR A PAGAR		\$ 4.427.326,00
SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS VEINTISIETE MIL TRESCIENTOS VEINTISEIS PESOS MCTE						
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO						
Realizar alistamiento, seguimiento, acompañamiento, evaluación y gestión de la ficha 2991369 de formación virtual en Gast. colombiana						
Realizar alistamiento, seguimiento, acompañamiento, evaluación y gestión de la ficha 2991370 de formación virtual en pastelería						
Realizar alistamiento, seguimiento, acompañamiento, evaluación y gestión de la ficha 2992373 de formación virtual en pastelería						
Realizar alistamiento, seguimiento, acompañamiento, evaluación y gestión de la ficha 2995344 de formación virtual en pastelería						
PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:						
1. Cumpli a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas; 2. Los documentos soporte suministrados contienen el pago de Seguridad Social en Salud y Pensión, los aportes voluntarios a cuentas AFC y FVP, por los ingresos recibidos en el mes anterior del contrato objeto de cobro en esta planilla y certifico que no han sido utilizados en la disminución de la Base de Retención en la Fuente en ningún otro contrato; 3. El número de trabajadores contratados para cumplir con el desarrollo del objeto contractual corresponden a lo indicado en esta planilla; 4. Toda la información aquí suministra es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí						
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO						
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:						
1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;						
2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del periodo de cobro;						
3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.						
Autorizo el presente pago. El Supervisor,						
DIEGO LEON GONZALEZ PAEZ INSTRUCTOR						
Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:						
EL ORDENADOR DEL PAGO SONIA YAMILE ACUNA LESMES SUBDIRECTORA DE CENTRO G02						

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1012337641
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	PABLO LEONARDO ZAMORA HEREDIA		
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 62 BIS SUR NO 66A 44	TELÉFONO:	3860078
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de otros servicios de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	7924522581	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: mayo	PERIODO COTIZACIÓN	MES: mayo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2024	SALUD:	AÑO: 2024
DÍAS DE MORA:	0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/06/05	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	682976672

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
							X									

LIQUIDACIÓN GENERAL

										TOTALES	
										COTIZANTES	TOTAL PAGADO

PENSIÓN

ADMINISTRADORA											
NIT	CÓDIGO		NOMBRE								
800229739	230201		230201- PROTECCION			1			\$ 285.900		
SUBTOTAL:						1			\$ 285.900		

SALUD

ADMINISTRADORA											
NIT	CÓDIGO		NOMBRE								
800251440	EPS005		EPS005-SANITAS S.A.			1			\$ 223.300		
SUBTOTAL:						1			\$ 223.300		

RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA											
NIT	CÓDIGO		NOMBRE								
860011153	14-23		14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.			1			\$ 18.700		
SUBTOTAL:						1			\$ 18.700		

VALOR SIN MORA:	\$ 527.900
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 527.900

Pago PSE**Resultado de su transacción****Código único CUS**

682976672

Destino de pago

SOI ACH

Motivo

Pago de la Planilla Integrada de Seguridad Social y Parafisacales

Fecha

04/06/2024

Número de aprobación

00976672

Dirección IP

190.102.121.166

Valor transacción

\$ 527.900,00

Costo de la transacción

\$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1

10.80.25.153

Referencia 2

CC

Referencia 3

1012337641



FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 30 de junio de 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)

Ciudad

Asunto: Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.

Bajo la gravedad del juramento, en mi calidad de contratista de prestación de servicios personales y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario y el artículo 1.2.4.1.18. del Decreto 1625 de 2016, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

T.I.	1023942728	Antonia Zamora Wilches	HIJO
T.I.	1023963081	Pablo Zamora Wilches	HIJO

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad

Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad arriba citada.



Igualmente, con mi firma declaro: que NINGUNA PERSONA ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

Cordialmente,

FIRMA

Nombre: Pablo Leonardo Zamora Heredia

C.C. 1012337641



ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

**REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO**

Indicativo Serial **152552768**

52552768

NUIP 1.023.963.081

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒ Notaría ☐ Número ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código A B A

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
REGISTRADURÍA DE SAN CRISTÓBAL BOGOTÁ DC - COLOMBIA - CUNDINAMARCA -

Datos del inscrito

Primer Apellido Segundo Apellido
ZAMORA WILCHES

Nombre(s)
PABLO

Fecha de nacimiento Sexo (en letras) Grupo sanguíneo Factor RH
Año 2015 Mes SEP Día 02 MASCULINO O POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTÁ D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos
CERTIFICADO MEDICO C DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo
530464545

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos
WILCHES GUZMAN DIANA CAROLINA

Documento de identificación (Clase y número) Nacionalidad
CC 1.136.879.909 COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos
ZAMORA HEREDIA PABLO LEONARDO

Documento de identificación (Clase y número) Nacionalidad
CC 1.012.337.641 COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos
ZAMORA HEREDIA PABLO LEONARDO

Documento de identificación (Clase y número) Firma
CC 1.012.337.641

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número) Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número) Firma

Fecha de inscripción Nombre y firma del funcionario que autoriza

Año 2015 Mes SEP Día 03 JOSE EFRAIN HILARION LINARES - RE

Nombre y firma

Reconocimiento paterno Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Firma

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

03 SEP 2015 - LIBRO DE VARIOS - TOMO 104 FOLIO 282.

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

REPÚBLICA DE COLOMBIA



ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL



NUIP 1.023.942.728

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo 53555873
Serial

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒ Notaría ☐ Número ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código A 8 A

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/e Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE SAN CRISTOBAL BOGOTA DC - COLOMBIA - CUNDINAMARCA -

Datos del inscrito

Primer Apellido ZAMORA Segundo Apellido WILCHES

Nombre(s) ANTONIA

Fecha de nacimiento Año 2 0 1 3 Mes MAY Día 3 1 Sexo (en letras) FEMENINO Grupo sanguíneo A Factor RH POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/e Inspección)

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo 12106937-4

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos WILCHES GUZMAN DIANA CAROLINA

Documento de identificación (Clase y número) CC 1.136.879.909

Nacionalidad COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos ZAMORA HEREDIA PABLO LEONARDO

Documento de identificación (Clase y número) CC 1.012.337.641

Nacionalidad COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos ZAMORA HEREDIA PABLO LEONARDO

Documento de identificación (Clase y número) CC 1.012.337.641

Firma [Firma manuscrita]

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

Fecha de inscripción Año 2 0 1 3 Mes JUN Día 0 8

Nombre y firma del funcionario que autoriza JOSE ANDRES MEDINA MONCADA. REG.

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Firma [Firma manuscrita]

Nombre y firma

ORIGINAL PARA LA GUARDIA DE REGISTRO