SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

**FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)**

**REGIONAL DISTRITO CAPITAL**

**CENTRO DE GESTIÓN INDUSTRIAL- BTÁ D.C.**

**Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1**

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **11** |
| **Código Centro** | **921110** |
| **Fecha Elaboración** | **Julio de 2024** |
| **Versión** | **MARZO 2024 - 2,24** |
| **ID de Proceso** | **04349-107054** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos:** | LEONEL VILLAMIL MENDOZA | **Banco a consignar:** | BANCO DE BOGOTA |
| **Cédula de Ciudadanía** | 19.346.633 | **Tipo de cuenta:** | AHORROS |
| **Correo electrónico:** | leonelvillamilm@misena.edu.co | **Número de Cuenta:** | .022015093 |
| **IP/Nº de contacto:** | 3002023902 | **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?** | SI |
| **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:** | 5779123/2024 | **Nº Compromiso SIIF** | **3624** | **Número de pagos durante la vigencia del contrato** | 12 |

| | |
|---|---|
| **OBJETO CONTRACTUAL:** (Descripciòn del servicio prestado) | INSTRUCTOR: Prestar los servicios profesionales de carácter temporal, para impartir formación profesional integral en los diferentes niveles de formación de acuerdo a las competencias requeridas en cada uno de los programas de titulada y/o complementaria y demàs actividades derivadas de formaciòn que se le asignen , aplicando las metodologías y criterios técnico pedagógicos |

## DATOS PERIODO DEL PAGO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Del** | **01/07/2024** | **Al** | **31/07/2024** | **Saldo Anterior del Contrato:** | $ 24.262.794 |
| **Número de pago** | **7** | | | **Valor Total del Contrato:** | $ 47.930.183 |
| **Valor Bruto Pago:** | | | **$ 4.465.545,00** | **Nuevo Saldo del Contrato:** | $ 19.797.249 |

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 4.465.545 | Ninguno | 0,00% |
| Ingresos por comisiones | $ 0 | Retencion 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 RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 3.174.845** | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

## LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR

| | | Julio | Junio |
|---|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | | ---------- | **30075159** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | | $ 1.786.218 | $ 1.786.218 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | | $ 223.300 | $ 223.300 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | | $ 0 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | | $ - | $ 0 |
| ARL I | | $ 9.400 | $ 9.400 |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes | | $ - | |
| Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes | | $ - | |
| Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes | | $ - | |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias | | $ - | |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC | | $ - | |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias | | $ - | |
| Intereses Prestamo de Vivienda | | $ - | |
| Dependientes hasta | | $ - | |
| Salud hasta | $ 753.040 | $ - | |
| Renta Exenta 25% | $ 37.181.350 | $ 1.058.000 | |
| Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. | $ 5.867.704 | | |
| Retención en la Fuente Contingente | | $ | |

| | | |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 3.174.845,00 | TARIFA |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 4.242.245,00 | |
| Valor base IVA | 0,00 | |
| IVA (Si es RESPONSABLE) | 0,00 | 19% |
| Menos Retención en la Fuente | 0,00 | 0,00% |
| Menos Retencion IVA | 0,00 | 15% |
| Reteica - 8299 - BOGOTÁ | 40.980,00 | 0,966% |
| - | 0,00 | 0% |
| - | 0,00 | 0% |
| - | 0,00 | 0% |
| - | 0,00 | 0% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| | 0,00 | |
| Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| **VALOR A PAGAR** | **$4.424.565,00** | |

**SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS VEINTICUATRO MIL QUINIENTOS SESENTA Y CINCO PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Obligación 1: Se realizó alistamiento y sesiones de formación en el mes de julio 2024 en las competencias asignadas a los siguientes Grupos 41TGPIN-7 - 2671235 Aprendices 19; 118TGPID-7 – 2671210 Aprendices 17; 17TGPIQN-7 – 2641225 Aprendices 18; 40TGPIN – 2620182

Obligación 2: Se presentaron los reportes de evaluaciones de los aprendices y demás informes dentro de los plazos estipulados por el Centro para tal efecto de los Grupos 41TGPIN-7 - 2671235 Aprendices 19; 118TGPID-7 – 2671210 Aprendices 17; 17TGPIQN-7 – 2641225 Aprendices 18; 40TGPIN – 2620182 Aprendices 24.

Obligación 3: Se respondió por la integridad y buen uso de materiales, equipos y demás elementos de la institución puestos bajo su cuidado para desarrollar labores propias de su cargo.

Obligación 4: Presente a la Coordinación Académica y supervisor de contratos el reporte de ejecución de actividades, registrando las n las novedades sucedidas en el periodo académico que afectaron la ejecución de la programación académica de las fichas asignadas para i

**PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:**

1. Cumplí 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

**LEONEL VILLAMIL MENDOZA**
**EL CONTRATISTA**

## 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 período 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,

**MARIA CECILIA PEREZ COY**
**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**
**MONICA ANDRADE RIOS**
**SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)**

15/07/24 03:51:08 USUARIO: SIC - C.C. 19346633

# CONSULTA EMPLEADO

| | |
|---|---|
| RAZÓN SOCIAL | LEONEL VILLAMIL MENDOZA |
| IDENTIFICACIÓN APORTANTE | CC-19346633 |
| SUCURSAL | 0 |
| FECHA PAGO | 2024-07-12 |
| INDENTIFICACION EMPLEADO | CC-19346633 |
| NOMBRE EMPLEADO | LEONEL  VILLAMIL MENDOZA |
| EPS | EPS SURA |
| AFP | Sin AFP |
| CAJA COMPENSACIÓN | Sin CCF |
| ARL | ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS |
| NÚMERO PLANILLA | 30075159 |
| REFERENCIA PAGO(PIN) | |
| TIPO PLANILLA | I |
| PERIODO PENSIÓN | 2024-06 |
| PERIODO SALUD | 2024-06 |
| TIPO COTIZANTE | Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes |
| SUBTIPO COTIZANTE | Independiente pensionado por vejez, jubilación o invalidez activo |
| ACTIVIDAD ECONÓMICA | 1852201 |
| NOVEDAD INGRESO INICIAL | |
| NOVEDAD INGRESO FINAL | |

| ING | Fecha ING | RET | Fecha RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | Fecha VSP | VTE | VST | SLN | Fecha Sln inicio | Fecha Sln Fin | IGE | Fecha Ige Inicio | Fecha Ige Fin | LMA | Fecha LMA | Fecha LMA Fin | VAC | Fecha Vac Inicio | Fecha VAC Fin | AVP | VCT | Fecha VCT Inicio | Fecha VCT Fin | IRL | Fecha IRL Inicio | Fecha IRL Fin |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | |

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

| Días Cot | Tarifa | Cot. Obligatoria | Cot. Voluntaria | | Total | Fondo de Solidaridad de | Fondo de Subsistencia | Valor no retenido |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Afiliado | Aportante | | | | |
| 0 | 0,0000000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

SISTEMA GENERAL DE SALUD

| Días Cot | Tarifa | Cot. Obligatoria | UPC adicional | Incapacidades E.G | | Licencias de Maternidad o | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Número Autorización | Valor | Número Autorización | Valor |
| 30 | 0,1250000 | $ 223.300 | $ 0 | 0 | $ 0 | 0 | $ 0 |

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

| Días Cot | Tarifa | Cot. Obligatoria | Código de centro de trabajo |
|---|---|---|---|
| 30 | 0,0052200 | $ 9.400 | 899999034 |

APORTES PARAFISCALES

| Días Cot | Caja de Compensación Familiar | | Sena | | ICBF | | ESAP | | MIN DE EDUCACIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Tarifa | Cot.Oblogatoria | Tarifa | Cot.Oblogatoria | Tarifa | Cot.Oblogatoria | Tarifa | Cotización | Tarifa | Cot.Oblogatoria |
| 0 | 0,0000000 | $ 0 | 0,0000000 | $ 0 | 0,0000000 | $ 0 | 0,0000000 | $ 0 | 0,0000000 | $ 0 |

TOTAL COTIZACIÓN EMPLEADO

| Pension | Salud | Riesgos | Parafiscales | Total |
|---|---|---|---|---|
| $ 0 | $ 223.300 | $ 9.400 | $ 0 | $ 232.700 |

DAVIVIENDA

## Pago PSE

Resultado de su transacción

**Código único CUS**
771625497

**Destino de pago**
ASOPAGOS

**Motivo**
Pago de seguridad Social Integrado

**Fecha**
12/07/2024

**Número de aprobación**
00625497

**Dirección IP**
201.244.196.238

**Valor transacción**
$ 233.400,00

**Costo de la transacción**
$ 0,00 IVA incluido

| Referencia 1 | Referencia 2 | Referencia 3 |
|---|---|---|
| 10.10.11.80 | CC | 19346633 |

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017.

**RADICADO** 2020_001

## GERENCIA DE DETERMINACIÓN DE DERECHOS
## DIRECCIÓN DE NÓMINA DE PENSIONADOS
## CERTIFICACION PENSIÓN

Que revisada la nómina de Pensionados de la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**, al señor(a) **LEONEL VILLAMIL MENDOZA** identificado(a) con **Cédula de Ciudadanía** No. **19346633** y número de Afiliación **919346633100**, esta Administradora mediante resolución No. **301305** de **2019** le concedió pensión de **P DE VEJEZ L 797/03** registrando fecha de ingreso a nómina **Noviembre** de **2019.**

Estado: **ACTIVO**.

Se expide a solicitud del interesado(a) en Bogotá , el día 15 de julio de 2022.

**DORIS PATARROYO PATARROYO**
Director(a) de Nómina de Pensionados

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA