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 SERVICIOS FINANCIEROS- BTÁ D.C

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

Código Regional	**11**
Código Centro	**940510**
Fecha Elaboración	**Agosto de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**63756-201939**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	RAFAEL ORLANDO MONTOYA OVIEDO	**Banco a consignar:**	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	11.324.316	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	romontoya@misena.edu.co	**Número de Cuenta:**	473170012966
IP/Nº de contacto:	1	**Presta Servicios Excluidos de IVA:**	SI
Inducción SST:	SI	**Pertenece al régimen simple de tributación:**	NO
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta por el año gravable 2023**	NO

¿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	NO
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:	6468525/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**79724**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	6

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	Prestar los servicios profesionales de carácter temporal con autonomía e independencia, para atender los procesos formativos de los aprendices en las competencias técnicas asociados a la red de conocimiento Gestión Administrativa y servicios financieros en el área temática de Contabilidad de los programas presenciales de acuerdo con lineamientos de la formación profesional integral,

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/08/2024**	**Al**	**31/08/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 20.392.450
Número de pago	**2**			**Valor Total del Contrato:**	$ 24.709.100
Valor Bruto Pago:			**$ 4.465.500,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 15.926.950

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.465.500	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	**$ 4.465.500**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.625.450**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Agosto	Julio			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**9471256474**	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.625.450,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.786.200	$ 1.669.105	Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.956.400,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 223.300	$ 208.700	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 285.800	$ 267.100	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL I		$ 9.400	$ 8.800	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		Reteica - 8299 - BOGOTÁ	38.219,00	0,966%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		-	0,00	0%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		-	0,00	0%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -		-	0,00	0%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -		-	0,00	0%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta		$ 446.550		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	$ 753.040	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	$ 18.590.675	$ 875.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 850.000					
				Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		$		**VALOR A PAGAR**	**$4.427.281,00**	

SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS VEINTISIETE MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y UN PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Orientar formación en las fichas: 2922147 – 3, 2874160 – 3, 2874154 – 3, 2874157 – 1 en jornadas noches y fin de semana.

Orientar el proceso formativo en las fichas 2996844-2996858-2996859-2996862 jornada madrugada.

Preparar actividades y material de apoyo al proceso de formación. Aplicar técnicas e instrumentos de evaluación del aprendizaje en las

Aplicar técnicas e instrumentos de evaluación del aprendizaje en las fichas asignadas por la coordinación.

Asesorar y apoyar proyectos formativos de las fichas jornadas noche, madrugada y fines de semana según la programación.

Cumplir con la programación académica predeterminada por la Coordinación Académica correspondiente a la ejecución del contrato.

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

RAFAEL ORLANDO MONTOYA OVIEDO
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,

ELVIA ZORAIDA MARTIN MORA
INSTRUCTOR G19

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
ERNESTO ACEVEDO SOTO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

19/08/24 11:34:14 USUARIO: SIC - C.C. 11324316

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 11324316		MONTOYA OVIEDO RAFAEL ORLANDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	dg 48 sur # 18-47	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3124590751	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-07	2024-07	846352330	9471256474	I	2024/08/06	2024/08/15	BANCO DAVIVIENDA	9	$504,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,726,660	$276,300			$1,726,660	$215,900			$0	$0			$1,726,660	$9,100		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,726,660	$276,300			$1,726,660	$215,900			$0	$0			$1,726,660	$9,100		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,726,660	$276,300			$1,726,660	$215,900			$0	$0			$1,726,660	$9,100		$0	$0
1	CC	11324316	MONTOYA RAFAEL	25-14	29	$1,726,660	$276,300	EPS005	29	$1,726,660	$215,900		0	$0	$0	14-23	29	$1,726,660	$9,100	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,726,660	$276,300			$1,726,660	$215,900			$0	$0			$1,726,660	$9,100		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 11324316		MONTOYA OVIEDO RAFAEL ORLANDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	dg 48 sur # 18-47	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3124590751	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-07	2024-07	846352330	9471256474	I	2024/08/06	2024/08/15	BANCO DAVIVIENDA	9	$504,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$276,300	$1,900	$0	$278,200
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$276,300	$1,900	$0	$278,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,100	$100	$0	$9,200
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$9,100	$100	$0	$9,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$215,900	$1,500	$0	$217,400
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$215,900	$1,500	$0	$217,400
TOTAL				**1**	**$501,300**	**$3,500**	**$0**	**$504,800**

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BOGOTÁ, 2 de Julio del 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
BOGOTÁ

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:

TI	1011327542	SAMUEL MARCELO MONTOYA GOMEZ	Hijo(a)

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.

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,



RAFAEL ORLANDO MONTOYA OVIEDO
C.C. 11324316

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1011327542

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 50464053

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 62 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 1072

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MONTOYA	GOMEZ

Nombre(s)
SAMUEL MARCELO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2012 Mes ENE Día 21	Masculino	O	POSITIVO

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

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	11196436-0

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos
GOMEZ RIVERA MARIA NATALIA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1070324877 de EL COLEGIO	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos
MONTOYA OVIEDO RAFAEL ORLANDO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 11324316 de GIRARDOT	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos
MONTOYA OVIEDO RAFAEL ORLANDO

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 11324316 de GIRARDOT	

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 2012 Mes ENE Día 30	CARLOS ARTURO SERRATO GALEANO Nombre y firma

Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
Firma	CARLOS ARTURO SERRATO GALEANO Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

ACTO INSCRITO LIBRO DE VARIOS TOMO 039 FOLIO 001 DE LA NOTARIA 62 DE BOGOTA D.C.

CARLOS ARTURO SERRATO GALEANO
NOTARIO 62 DE BOGOTA D.C

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO - DOCUMENTO CONTROLADO

IDENTIFICÓ Y CONFRONTÓ
JOHANA