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 MECÁNICA AUTOMOTRIZ Y TRANSPORTE- BTÁ D.C.

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

Código Regional	**11**
Código Centro	**921310**
Fecha Elaboración	**Setiembre de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**36762-341491**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	GIOVANNY NIÑO SABOGAL	**Banco a consignar:**	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	79.803.796	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	gninos@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	0550457400056745
IP/Nº de contacto:	14007	**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:	5739826/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**424**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	12
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	SERVICIOS PERSONALES: PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES PARA ACOMPAÑAR EL MANTENIMIENTO, SEGUIMIENTO Y MEJORAMIENTO DEL MODELO DE OPERACIÓN DEL SIGA COMPUESTO POR MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN- MIPG, MODELO ESTÁNDAR CONTROL INTERNO MECI,				

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/09/2024 Al 30/09/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 19.838.240
Número de pago	**9**	**Valor Total del Contrato:**	$ 57.034.940
Valor Bruto Pago:	**$ 4.959.560,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 14.878.680

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.959.560	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	**$ 4.959.560**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.915.704**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Setiembre	Agosto
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**80163933**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.983.824	$ 1.983.824
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 248.000	$ 248.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 317.500	$ 317.500
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 10.400	$ 10.400
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		$ 495.956	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 37.181.350	$ 972.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 7.706.546		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.915.704,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.394.060,00	
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	42.447,00	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	**$4.917.113,00**	

SON: CUATRO MILLONES NOVECIENTOS DIECISIETE MIL CIENTO TRECE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Actividad 1. Para Para el mes de septiembre se participó en las siguientes transferencias de conocimiento:1.Registro de los roles frente a la gestión del riesgo en la plataforma CompromISO. 2.Videoconferencia: Socialización lineamientos para la gestión del riesgo 3. Conservatorio Toxicología

Actividad 2. Se realizada actividades según lo planificado en el PAMM, como asignación de Roles (gestores y Delegado) Riesgos en el CT

Actividad 4. Realización reunión equipo SIGA del Complejo para la Planeación MES SIGA, entregables creación piezas mes siga y videos

Actividad 5. Para el mes de septiembre se realizó acompañamiento para la preparación de auditoría externa que se realizara en el complejo el 15 y 16 de octubre CTT Y CTCM

Actividad 7. Se realizo trabajo con los procesos para el seguimiento, tratamiento y modificación de los Planes de mejoramiento en el seguimiento del PAM para los centros de Formación CTT y CTCM.

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



GIOVANNY NIÑO SABOGAL
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 ISABEL LOPEZ DAZA
PROFESIONAL G02

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
DIEGO ARMANDO CRISTANCHO CRISTANCHO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

16/09/24 12:50:07 USUARIO: SIC - C.C. 79803796

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): GIOVANNY NIÑO SABOGAL
No. Identificación: CC79803796
Dirección: CL 40C SUR 72K 80 1 ETPA CASA 77
Telefono: 3015936716
Correo: gninosabogal@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 80163933

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	GIOVANNY NIÑO SABOGAL
Tipo y número de identificación	CC79803796
Número de planilla	80163933
Fecha pago	2024-09-16
Número de autorización pago	1790326
Banco	1083

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	agosto de 2024
Periodo de Cotización Pensión	agosto de 2024
Número de Administradoras	3
Total Pagado	575900
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	10400	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	317500	1
EPS008	Compensar EPS	248000	1

80163933

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 79803796
APELLIDOS Y NOMBRES: GIOVANNY NIÑO SABOGAL

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	25-14	1983824	1983824	1983824	0	248000	0	317500	0	10400	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 30 de SEPTIEMBRE 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.	1011099550	**SARAH JULIANA NIÑO MONTILLA**	**HIJO**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

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

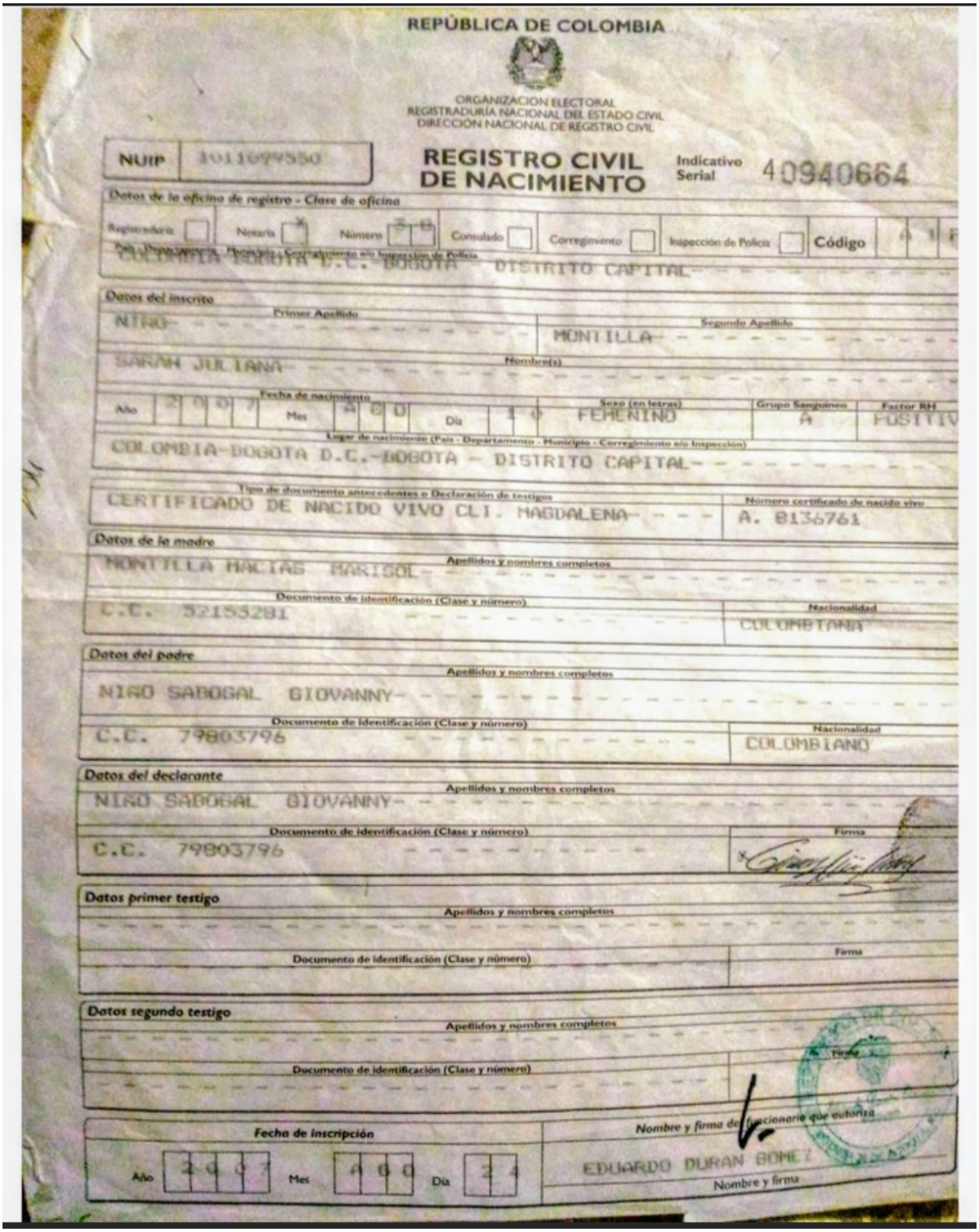
Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad 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: GIOVANNY NIÑO SABOGAL
C.C.79803796



REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1011079550

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 40940664

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

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

Dpto. - Municipio - Notaría - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA BOGOTA D.C.-BOGOTA - DISTRITO CAPITAL-

Datos del inscrito

Primer Apellido: NIÑO

Segundo Apellido: MONTILLA

Nombre(s): SARAH JULIANA

Fecha de nacimiento: Año 2007 Mes 08 Día 10

Sexo (en letras): FEMENINO

Grupo Sanguíneo: A

Factor RH: POSITIV

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

COLOMBIA-BOGOTA D.C.-BOGOTA - DISTRITO CAPITAL-

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos: CERTIFICADO DE NACIDO VIVO CLI. MAGDALENA

Número certificado de nacido vivo: A. 8136761

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: MONTILLA MACIAS MARISOL

Documento de identificación (Clase y número): C.C. 52153281

Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: NIÑO SABOGAL GIOVANNY

Documento de identificación (Clase y número): C.C. 79803796

Nacionalidad: COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: NIÑO SABOGAL GIOVANNY

Documento de identificación (Clase y número): C.C. 79803796

Firma

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 2007 Mes 08 Día 24

Nombre y firma de funcionario que autoriza

EDUARDO DURAN GOMEZ

Nombre y firma


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.011.099.550

NIÑO MONTILLA

APELLIDOS

SARAH JULIANA

NOMBRES

FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 10-AGO-2007

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

10-AGO-2025
FECHA DE VENCIMIENTO

A+
G S RH

F
SEXO

26-FEB-2015 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

P-1500150-00720604-F-1011099550-20150710