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	**Octubre de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**35700-351611**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	DAVID SEGURA CORTES	**Banco a consignar:**	BANCO CAJA SOCIAL
Cédula de Ciudadanía	1.032.399.972	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	davidseguracortes@gmail.com	**Número de Cuenta:**	24112697031
IP/Nº de contacto:	0	**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**	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:	6116104/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**27024**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	9

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	**01/10/2024 Al 31/10/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 10.866.160
Número de pago	**7**	**Valor Total del Contrato:**	$ 37.510.579
Valor Bruto Pago:	**$ 4.465.545,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 6.400.615

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	**$ 2.625.490**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Octubre	Setiembre			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**80749359**	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.625.490,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.786.218	$ 1.786.218	Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.956.445,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 223.300	$ 223.300	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 285.800	$ 285.800	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	$ 9.400	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		Reteica - 85232 - 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		$ 446.555		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	$ 753.040	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	$ 27.886.012	$ 875.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 5.221.000					
				Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		$		**VALOR A PAGAR**	**$4.427.326,00**	

SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS VEINTISIETE MIL TRESCIENTOS VEINTISEIS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Acompañar y Asesorar en forma permanente e integral a los aprendices en el proceso de formación por proyectos durante la vigencia del
Presentar los reportes de evaluaciones de los aprendices y demás informes dentro de los plazos estipulados por el Centro para tal efec
Responder por la integridad y buen uso de materiales, equipos y demás elementos de la institución puestos bajo su cuidado para desarro
Presentar en forma mensual a la Coordinación Académica y supervisor de contratos el reporte de ejecución de actividades, registrando
Conformar los equipos de desarrollo curricular interdisciplinarios por programa o conjunto de programas por redes tecnológicas para ga
Participar en la programación y ejecución del proceso de inducción de aprendices de formación titulada y reconocimiento de aprendizaje
Reportar en el sistema Sofía Plus en un plazo máximo de tres (3) días, todas las actividades que de acuerdo con los procesos que son c
Registro de juicios evaluativos, creación de rutas y asociación de aprendices b. Registro de juicios evaluativos del reconocimiento de
Comunicar al Coordinador Académico oportunamente anomalías, inconsistencias, novedades de aprendices y hallazgos en el registro de la

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

DAVID SEGURA CORTES
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,

DIANA NEXI SAMACA PRIETO
INSTRUCTOR G17

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)

18/10/24 20:27:24 USUARIO: SIC - C.C. 1032399972

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

Señor(a): DAVID SEGURA CORTES
No. Identificación: CC1032399972
Dirección: CR122D#129B-60
Telefono: 3123154262
Correo: davidseguracortes@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8380749359

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	DAVID SEGURA CORTES	**Número de Empleados**	1
Tipo y número de identificación	CC1032399972	**Periodo de Cotización Salud**	septiembre de 2024
Número de planilla	8380749359	**Periodo de Cotización Pensión**	septiembre de 2024
Fecha pago	2024-10-11	**Número de Administradoras**	3
Número de autorización pago	8331113	**Total Pagado**	518500
Banco	1023	**Total Intereses de Mora**	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	9400	1
231001	Colfondos	285800	1
EPS005	Sanitas EPS	223300	1

8380749359

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1032399972
APELLIDOS Y NOMBRES: DAVID SEGURA CORTES

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
EPS005	231001	1786218	1786218	1786218	0	223300	0	285800	0	9400	0

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

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BOGOTÁ, 2 de Abril 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	**1031846280**	**Ian Daniel segura Mendoza**	**Hijo(a)**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.

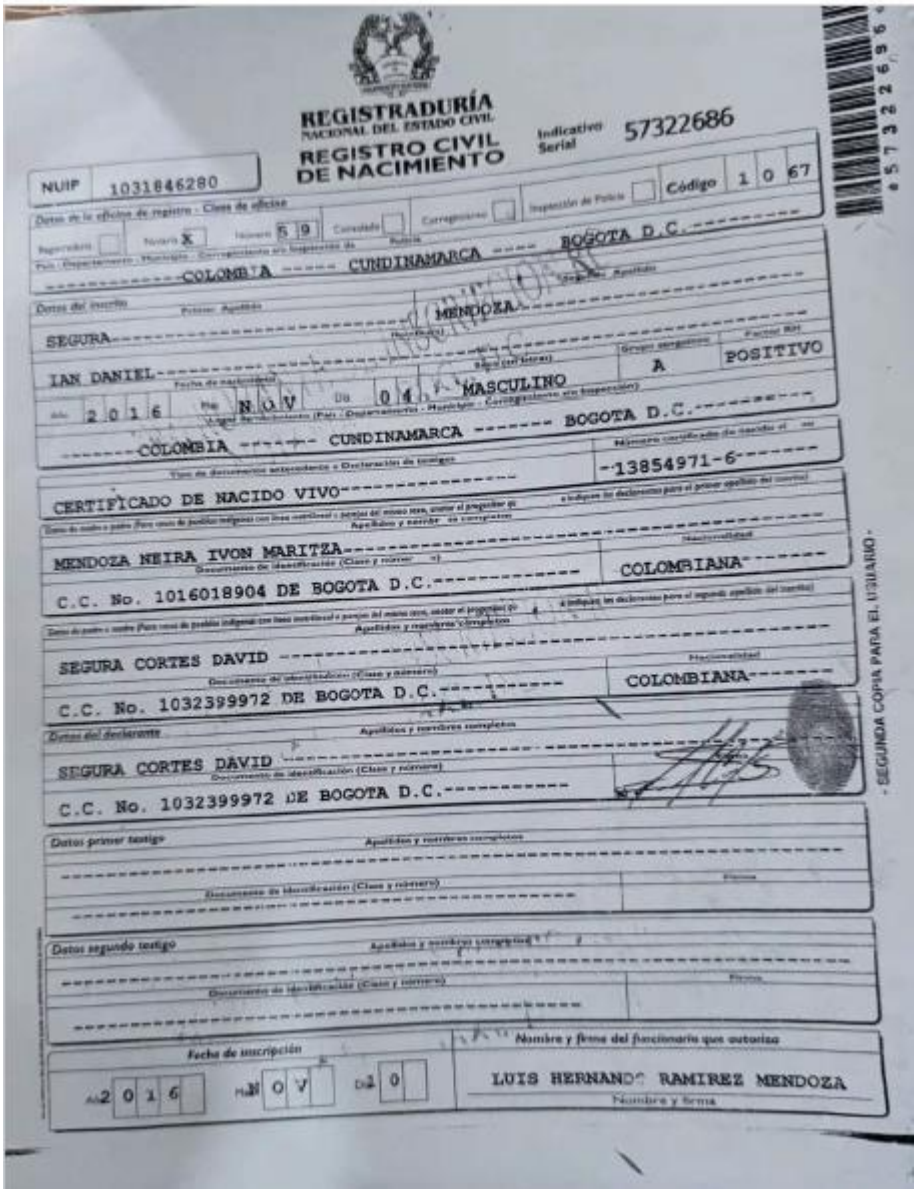
Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad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



DAVID SEGURA CORTES
C.C. 1032399972



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 57322686

NUIP 1031846280

Código 10 67

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Notaría X Número 59

COLOMBIA ----- CUNDINAMARCA ----- BOGOTA D.C.

Datos del inscrito

Primer Apellido: SEGURA

Segundo Apellido: MENDOZA

Nombre(s): IAN DANIEL

Fecha de nacimiento: Año 2016 Mes NOV Día 04

Sexo (en letras): MASCULINO

Grupo sanguíneo: A

Factor Rh: POSITIVO

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

COLOMBIA ----- CUNDINAMARCA ------- BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

Número consecutivo del nacido el ---

-13854971-6

Datos de padre o padre (Para casos de parejas indígenas con lista matrimonial o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor de

Apellidos y nombres completos

MENDOZA NEIRA IVON MARITZA

Documento de identificación (Clase y número)

C.C. No. 1016018904 DE BOGOTA D.C.

Nacionalidad

COLOMBIANA

Datos de padre o padre (Para casos de parejas indígenas con lista matrimonial o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor de

Apellidos y nombres completos

SEGURA CORTES DAVID

Documento de identificación (Clase y número)

C.C. No. 1032399972 DE BOGOTA D.C.

Nacionalidad

COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

SEGURA CORTES DAVID

Documento de identificación (Clase y número)

C.C. No. 1032399972 DE BOGOTA D.C.

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 2016 Mes NOV Día 10

Nombre y firma del funcionario que autoriza

LUIS HERNANDO RAMIREZ MENDOZA

Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

• 57322695 •



Puntored no te cobra por esta transacción PAGO DE PLANILLAS

TRANSACCIÓN EXITOSA

Fecha	11/10/2024
Hora	08:51:12
Terminal	344661
Convenio	PILA PLANILLA ASI STIDA COMPENSAR M I PLANILLA
Cod. Convenio	1138
Comercio	472250
No. aprob Banco	331113
Referencia	8380749359
No. aprob Puntored	001016256908
Valor	$518,500
Usuario de Venta	FERNANDO CAMERO C A

Línea de atención Nacional
01 8000 512825 Opción 2 Email:
corresponsalesaval@an-contacto.co

BANCO DE OCCIDENTE
VIGILADO SUPERINTENDENCIA
FINANCIERA DE COLOMBIA