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 NACIONAL DE HOTELERÍA, TURISMO Y ALIMENTOS- BTÁ D.C.**

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

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **11** |
| **Código Centro** | **940610** |
| **Fecha Elaboración** | **Noviembre de 2024** |
| **Versión** | **MARZO 2024 - 2,24** |
| **ID de Proceso** | **88923-290458** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos:** | FERNANDO ZAPATA DELGADO | **Banco a consignar:** | DAVIVIENDA |
| **Cédula de Ciudadanía** | 79.940.419 | **Tipo de cuenta:** | AHORROS |
| **Correo electrónico:** | zapatafernando@misena.edu.co | **Número de Cuenta:** | 005970108071 |
| **IP/Nº de contacto:** | 15600 | **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:** | 5771476/2024 | **Nº Compromiso SIIF** | **3624** | **Número de pagos durante la vigencia del contrato** | 12 |

| | |
|---|---|
| **OBJETO CONTRACTUAL:** (Descripciòn del servicio prestado) | 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 |

## DATOS PERIODO DEL PAGO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Del** | **01/11/2024** | **Al** | **30/11/2024** | **Saldo Anterior del Contrato:** | $ 6.549.466 |
| **Número de pago** | **11** | | | **Valor Total del Contrato:** | $ 48.079.035 |
| **Valor Bruto Pago:** | | | **$ 4.465.545,00** | **Nuevo Saldo del Contrato:** | $ 2.083.921 |

## 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** | **$ 2.953.745** | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

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

| | | Noviembre | Octubre |
|---|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | | ---------- | **8380939795** |
| **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 | | $ 285.800 | $ 285.800 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | | $ - | $ 0 |
| ARL | II | $ 18.700 | $ 18.700 |
| 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 | $ 984.000 | |
| Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. | $ 9.316.679 | | |
| Retención en la Fuente Contingente | | $ | |

| | | |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 2.953.745,00 | TARIFA |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 3.956.445,00 | |
| 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 | 38.219,00 | 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** | **$4.427.326,00** | |

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

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

N CONTRATO. CO1. PCCNTR. 5771476 del año 2024.

Impartí formación la competencia:Interactuar en lengua inglesa de forma oral y escrita,de acuerdo al Marco Común Europeo de Referencia para las Lenguas (MCERL), a las siguientes fichas:2922761,2922767,2922843,292288,2902043,3064779,3064782.3064786 y 3064790 de los siguientes programas de formación: Técnico en Servicio de Restaurarte y Bar, Técnico en Cocina y Tecnólogo en Gestión de Alimentos y Bebidas, de I,III Y VI trimestre respectivamente; en el III trimestre del año 2024.

Presenté los informes mensuales de ejecución del contrato o sobre las acciones encomendadas y los productos resultantes de procesos de aprendizaje realizados por aprendices de dichos programas técnicos y tecnólogo, a quienes les impartí Formación Profesional.

**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

**FERNANDO ZAPATA DELGADO**
**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,

**CARLOS JAVIER GONZALEZ NAVARRETE**
**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**
**CARLOS ARTURO GAMBA CASTILLO**
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)**

05/11/24 16:47:24 USUARIO: SIC - C.C. 79940419

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

**Señor(a):** FERNANDO ZAPATA DELGADO
**No. Identificación:** CC79940419
**Dirección:** CALLE 107 A N. 7 - 93 APTO 202
**Telefono:** 6015839279
**Correo:** ferzapatad@hotmail.com
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C.
**Número de Planilla:** 8380939795

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

| | |
|---|---|
| **Nombre Aportante** | FERNANDO ZAPATA DELGADO |
| **Tipo y número de identificación** | CC79940419 |
| **Número de planilla** | 8380939795 |
| **Fecha pago** | 2024-10-25 |
| **Número de autorización pago** | 11952714 |
| **Banco** | 1023 |

| | |
|---|---|
| **Número de Empleados** | 1 |
| **Periodo de Cotización Salud** | octubre de 2024 |
| **Periodo de Cotización Pensión** | octubre de 2024 |
| **Número de Administradoras** | 3 |
| **Total Pagado** | 527900 |
| **Total Intereses de Mora** | 0 |

PAGADA
8380939795

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-23 | POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS | 18700 | 1 |
| 230201 | Proteccion (ING + Proteccion) | 285900 | 1 |
| EPS005 | Sanitas EPS | 223300 | 1 |

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 79940419
APELLIDOS Y NOMBRES: FERNANDO ZAPATA DELGADO

| 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 | 230201 | 1786400 | 1786400 | 1786400 | 0 | 223300 | 0 | 285900 | 0 | 18700 | 0 |

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

compensar | miplanilla.com

# REPORTE DE LA PLANILLA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **TIPO** | **NÚMERO** | **NOMBRE RAZÓN SOCIAL** | **DIRECCIÓN** | **TELÉFONO** | **FAX** |
| CC | 79940419 | FERNANDO ZAPATA DELGADO | Calle 107 a N. 7 - 93 Apto 202 | 6015839279 | |
| **FORMA PRESENTACIÓN** | **CLASE APORTANTE** | **NOMBRE SUCURSAL** | **CÓDIGO** | **DEPARTAMENTO** | **CIUDAD / MUNICIPIO** |
| U | I | PRINCIPAL | PPAL | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **PERIODO LIQUIDACIÓN** | | | | **TIPO PLANILLA** | **FECHA PAGO (DIA MES AÑO)** | **NÚMERO RADICACIÓN** | **EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD** | **SE ACOGE A LOS BENEFICIOS DE LEY 1429 DE 2010 A CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR** |
| **SALUD** | | **PENSIÓN, RIESGOS LAB, CAJA, SENA, ICBF** | | | | | | |
| **MES** | **AÑO** | **MES** | **AÑO** | | | | | |
| 10 | 2024 | 10 | 2024 | I | 25 10 2024 | 8380939795 | No | No |

| CENTRO DE TRABAJO | Todos | NÚMERO DE EMPLEADOS | 1 | NIT EMPRESA CONVENIO | Todos |
|---|---|---|---|---|---|

| No | DOCUMENTO | APELLIDOS Y NOMBRES | TIPO COT | SUB COT | EXT | COL EXT | Exon | COD MUN | COD DEP | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | EPS | AFP | ARL | CÓDIGO EPS | IBC EPS | TARIFA EPS | APORTE EPS | CÓDIGO AFP | IBC AFP | TARIFA AFP | APORTE AFP | FSP Solidaridad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | CC 79940419 | ZAPATA DELGADO FERNANDO | 59 | 0 | | | No | 001 | 11 | | | | | | | | | | | | | | | | 30 | 30 | 30 | EPS005 | $1,786,400 | 12.50% | $223,300 | 230201 | $1,786,400 | 16.00% | $285,900 | $0 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $223,300 | | | | $285,900 | $0 |

PAGADO

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

# REPORTE DE LA PLANILLA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES



| No | DOCUMENTO | APELLIDOS Y NOMBRES | FSP Subsistencia | CÓDIGO ARL | IBC ARL | TARIFA ARL | CLASE RIE | APORTE ARL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | CC 79940419 | ZAPATA DELGADO FERNANDO | $0 | 14-23 | $1,786,400 | 1.04% | 2 | $18,700 |
| | | | $0 | | | | | $18,700 |

PAGADO

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

Banco AV Villas | Banco de Bogotá | Banco de Occidente | banco popular

## COMPROBANTE DE TRANSACCIÓN

BANCO DE OCCIDENTE # 262 # 291 # 98603
14:51:27 2024/10/25 No Planilla: 8380939795
PRDO COTIZACION: 202410 Normal
VALOR PAGADO: 527,900.00 79940419311265165S
NOTA:EL PAGO DE LA PLANILLA No.8380939795

HA SIDO REGISTRADO POR EL BANCO EN HORARIO NORMAL
CON No. DE AUTORIZACION 11952714
TRANSACCION SUJETA A VERIFICACION.

**Valor**
$ 527.900=

Verifique antes de retirarse de la ventanilla que la información impresa corresponde a la operación ordenada al Banco. Conserve este comprobante. Los cheques estarán sujetos a la cláusula de buen cobro Art. 882 y a verificación posterior. Si hubiere errores o faltantes, el Banco queda autorizado para hacer los ajustes en la respectiva cuenta.

dispapeles 72462

BAVVCLJ-PRO-216-V1 BBOG 212214162J (DEP_FOR_008 V1 25/11/2015) BOCC FTP-SER-025 BPOP 1.10.3.980103

Powered by CamScanner