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	**Noviembre de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**00516-028262**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	HENRY NAVARRO RODRIGUEZ	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	93.342.962	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	henrynavarrorodriguez2019@gmail.com	**Número de Cuenta:**	04515124719
IP/Nº de contacto:	3104232	**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	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:	5779400/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**4224**	**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	**01/11/2024**	**Al**	**30/11/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 6.400.614
Número de pago	**11**			**Valor Total del Contrato:**	$ 47.930.183
Valor Bruto Pago:			**$ 4.465.545,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 1.935.069

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	**$ 2.960.045**	**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		----------	**81375873**	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.960.045,00	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 - 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		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	$ 753.040	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	$ 37.181.350	$ 987.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 9.365.404			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

ejecucion de la formacion competencia promover

119TGPID-2825398 124TGPID-2996488 100TGGSSTD-2825371 101TGGSSTD-2825284 111TGGSSTD-2877288 112TGGSSTD-2877274 164TGGICD-2825519 165TGG

44TGPIN-2923758 6ETCPMBU-2901716 102TGGSSTD-2825267 113TGGSSTD-2877279 115TGGSSTD-2924152 173TGGICD-2996649 105TGGSSTD-2849676 12ETGGS

13ETGGSSTN-2844419 120TGGSSTD-2996560 117TGGSSTD-2924158 106TGGSSTD-2849679 122TGPID-2877331

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

HENRY NAVARRO RODRIGUEZ
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)

13/11/24 00:19:20 USUARIO: SIC - C.C. 93342962

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

Señor(a): HENRY NAVARRO RODRIGUEZ
No. Identificación: CC93342962
Dirección: CRA 89 # 19A - 49
Telefono: 3103374232
Correo: henrynavarrorodriguez2019@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 81375873

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	HENRY NAVARRO RODRIGUEZ	**Número de Empleados**	1
Tipo y número de identificación	CC93342962	**Periodo de Cotización Salud**	octubre de 2024
Número de planilla	81375873	**Periodo de Cotización Pensión**	octubre de 2024
Fecha pago	2024-11-13	**Número de Administradoras**	4
Número de autorización pago	1830709	**Total Pagado**	529300
Banco	1083	**Total Intereses de Mora**	0

PAGADA

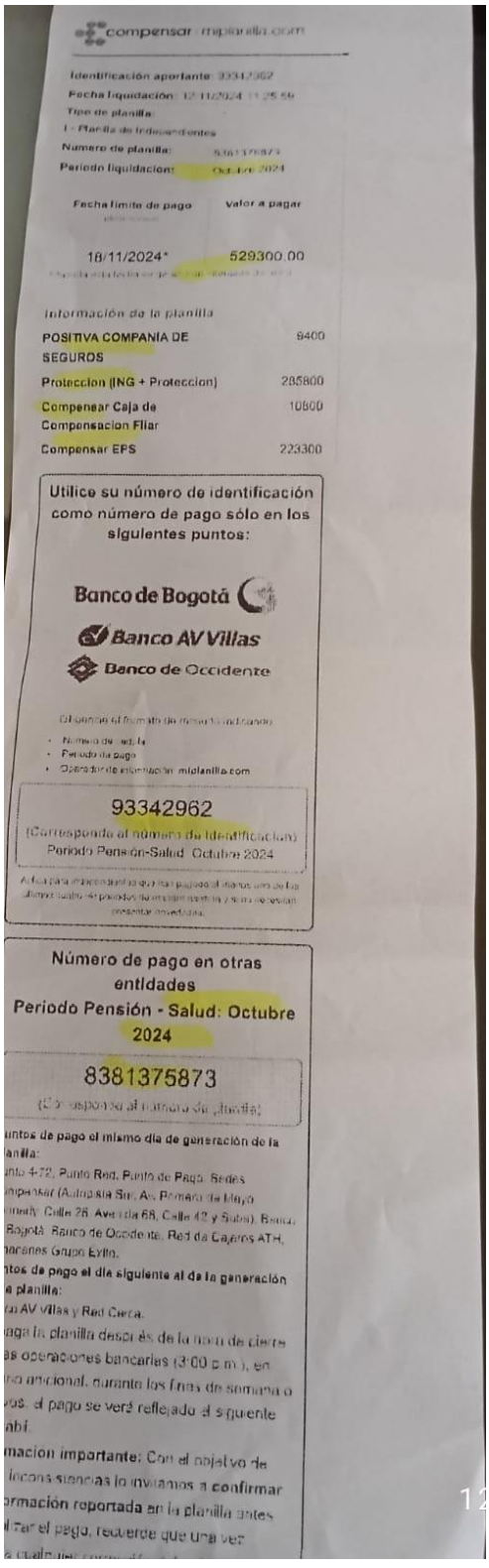
CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	9400	1
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	285800	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	10800	1
EPS008	Compensar EPS	223300	1

81375873

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 93342962
APELLIDOS Y NOMBRES: HENRY NAVARRO RODRIGUEZ

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	230201	1786218	1786218	1786218	1786218	223300	0	285800	0	9400	10800

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



compensar miplanilla.com

Identificación aportante: 9334362
Fecha liquidación: 12/11/2024 11:25:59
Tipo de planilla:
I - Planilla de Independientes
Numero de planilla: 8381375873
Periodo liquidacion: Octubre 2024

Fecha límite de pago	Valor a pagar
18/11/2024*	529300.00

Información de la planilla

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	9400
Proteccion (ING + Proteccion)	285800
Compensar Caja de Compensacion Fliar	10800
Compensar EPS	223300

Utilice su número de identificación como número de pago sólo en los siguientes puntos:

Banco de Bogotá
Banco AV Villas
Banco de Occidente

Diligencie el formato de recaudo indicando:

- Número de cédula
- Periodo de pago
- Operador de información: miplanilla.com

93342962
(Corresponde al número de identificación)
Periodo Pensión-Salud: Octubre 2024

Antes para evitar contratiempos que no pagado el mismo día de la [illegible] verifique el periodo de [illegible] y que no existan [illegible]

Número de pago en otras entidades
Periodo Pensión - Salud: Octubre 2024

8381375873
(Corresponde al número de planilla)

untos de pago el mismo día de generación de la anilla:

nto 4-72, Punto Red, Punto de Pago, Sedes mpensar (Autopista Sur, Av. Primero de Mayo nalf, Calle 26, Avenida 68, Calle 42 y Subas), Banco Bogotá, Banco de Occidente, Red de Cajeros ATH, ancenes Grupo Exito.

ntos de pago el día siguiente al de la generación a planilla:

co AV Villas y Red Cerca.

aga la planilla después de la hora de cierre as operaciones bancarias (3:00 p.m.), en no ordinal, durante los fines de semana o os, el pago se verá reflejado al siguiente abil.

mación importante: Con el objetivo de locons sancias lo invitamos a **confirmar ormación reportada** en la planilla antes l rar el pago, recuerde que una vez