

 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)		Código Regional	11
	REGIONAL DISTRITO CAPITAL		Código Centro	930310
	CENTRO DE GESTIÓN DE MERCADOS, LOGÍSTICA Y TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN-BTÁ D.C.		Fecha Elaboración	Octubre de 2024
	Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Versión	MARZO 2024 - 2,24
			ID de Proceso	92769-458110
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos: VICTOR MANUEL ACELAS ZAMBRANO		Banco a consignar: DAVIVIENDA		
Cédula de Ciudadanía: 79.568.402		Tipo de cuenta: AHORROS		
Correo electrónico: vacelas@sena.edu.co		Número de Cuenta: 005500205652		
IP/Nº de contacto: 3052834		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 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: 6712240/2024		Nº Compromiso SIIF 81124		Número de pagos durante la vigencia del contrato 4
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		INSTRUCTOR:PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA ATENDER LOS PROCESOS DE FORMACIÓN TITULADA EN EL ÁREA TEMÁTICA DE TRANSPORTE Y RED DE CONOCIMIENTO TRANSPORTE EN LA MODALIDAD VIRTUAL, CUMPLIENDO LOS PROCESOS Y LINEAMIENTOS DE LA		
DATOS PERIODO DEL PAGO				
Del 01/10/2024	Al 31/10/2024	Saldo Anterior del Contrato:		\$ 11.163.863
Número de pago 2		Valor Total del Contrato:		\$ 15.182.854
Valor Bruto Pago:		Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 6.698.318
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			80318417	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.786.218	\$ 1.607.596	Base retención en la fuente a título de RENTA 2,625.490,00 TARIFA
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 223.300	\$ 201.000	Base retención en la fuente a título de ICA 3.956.445,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 285.800	\$ 257.300	Valor base IVA 0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00 19%
ARL I		\$ 9.400	\$ 8.400	Menos Retención en la Fuente 0,00 0,00%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -		Menos Retencion IVA 0,00 15%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -		Reteica - 8299 - BOGOTÁ 38.219,00 0,966%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -		
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ -		Otras Retenciones 0,00 0,00%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		\$ -		Otras Retenciones 0,00 0,00%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		\$ -		Otras Retenciones 0,00 0,00%
Intereses Prestamo de Vivienda		\$ -		Otras Retenciones 0,00 0,00%
Dependientes hasta		\$ 446.555		Otras Retenciones 0,00 0,00%
Salud hasta \$ 753.040		\$ -		Otras Retenciones 0,00 0,00%
Renta Exenta 25% \$12.393.783		\$ 875.000		Otras Retenciones 0,00 0,00%
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. \$ 788.000				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				
Sesiones en Línea Fichas F-2836515 - 2910869 - 3069247 - 2977166- 3069247 (12)				
Atención Sincrónica F-2936515 - 2910869 - 2879533 - 2977166 (24)				
Calificación Evidencias F- 2936515 - 2910869 - 2879533 - 2977166 - 3069247 (286)				
Reuniones Equipo Ejecutor F-2936515 -2910869 - 2879533 - 2977166 - 3069247 (10)				
Evaluación Juicios de evaluación F-2836515 - 2910869 - 2879533 - 2977166 - 3069247 (25)				
Generación Informe actividades fichas F-2836515 - 2910869 - 2879533 - 2977166 (1)				
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				
VICTOR MANUEL ACELAS ZAMBRANO 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 periodo 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,				
SILVIO ALBERTO GALINDO PARRA INSTRUCTOR G20				
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 MIREYA PARRA PINTO SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)				

Información básica de la planilla

Empresa:	VICTOR MANUEL ACELAS ZAMBRANO	NIT:	79568402
Tipo Planilla:	I	Periodo liquidación Pensiones:	septiembre 2024
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	Periodo liquidación Salud:	septiembre 2024
Número de Radicación:	80318417	Total a pagar:	\$520,800
Fecha de vencimiento:	02/10/2024	Total de empleados:	1
Fecha de Pago:	07/10/2024	Número de Administradoras:	3

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	Nit recaudo:	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	Medio de Pago:	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCO DAVIVIENDA	Número Autorización:	965238252
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-29	830008686	La Equidad Seguros de Vida	1		\$0	\$9,500
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones -	1		\$0	\$287,100
EPS001	830113831	ALIANSAUD EPS S.A.	1		\$0	\$224,200
						\$520,800

*Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.

Le informamos que el pago de la planilla No. 80318417, fue posterior a la fecha límite establecida en el Decreto 1670 de 2007. Sin embargo, para las administradoras el recibir el aporte no implica que esté aceptando o se esté allanando a la mora, ya que la Ley establece la obligatoriedad de recibirlo, al igual que para los empleadores y aportantes la obligación de cotizar oportunamente, lo que permite el reconocimiento de las prestaciones económicas (Incapacidades, Licencias de Maternidad y Paternidad), evitando además, el recobro al empleador o trabajador independiente de los servicios prestados durante el periodo de pago extemporáneo.



FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 31 de Octubre 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.	1021634442	SAMUEL ACELAS GONZALEZ	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: VICTOR MANUEL ACELAS ZAMBRANO

C.C. 79.568.402



ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCION NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1021634442**

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 35762801

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	☐	Notaría	☒	Número	43	Consulado	☐	Corregimiento	☐	Inspección de Policía	☐	Código	A6F
País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía													

COLOMBIA**CUNDINAMARCA**BOGOTA D.C.*****

Datos del inscrito

Primer Apellido						Segundo Apellido											
ACELAS*****						GONZALEZ*****											
Nombre(s)																	
SAMUEL*****																	
Fecha de nacimiento																	
Año	2	0	0	7	Mes	M	A	R	Día	0	3	Sexo (en letras)	MASCULINO*****	Grupo Sanguíneo	A*****	Factor RH	POSITIVO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía)																	
COLOMBIA**CUNDINAMARCA**BOGOTA D.C.*****																	

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos

CERT. NAC. VIVO- FUND. STAFE DE BOGOTA*****	Número certificado de nacido vivo
	A-7915207*****

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos	
GONZALEZ MEDINA LINA MARIA*****	
Documento de identificación (Clase y número)	
C.C. 52619171 ** de: USAQUEN*****	Nacionalidad
	COLOMBIANA*****

Datos del padre

Apellidos y nombres completos	
ACELAS ZAMBRANO VICTOR MANUEL*****	
Documento de identificación (Clase y número)	
C.C. 79568402 ** de: BOGOTA*****	Nacionalidad
	COLOMBIANA*****

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos	
ACELAS ZAMBRANO VICTOR MANUEL*****	
Documento de identificación (Clase y número)	
C.C. 79568402 ** de: BOGOTA*****	Firma

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos	
MEDINA DE GONZALEZ MARIA TERESA*****	
Documento de identificación (Clase y número)	
C.C.: 41467611 ** de: BOGOTA*****	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos	
GONZALEZ FORERO JORGE ALBERTO*****	
Documento de identificación (Clase y número)	
C.C.: 19087705 ** de: BOGOTA*****	Firma

Fecha de inscripción

Año	2	0	0	7	Mes	A	B	R	Día	0	9	Nombre y firma	JUAN ENRIQUE MINO*****
												Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento	

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento	

ES FIEL COPIA TOMADA DEL ORIGINAL QUE SE EXPIDE PARA
DEMOSTRAR PARENTESCO A SOLICITUD DE LOS INTERESADOS
Según (Artículo 115. Decreto 1260 de 1979).

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO