

<div><div>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</div></div>	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 ADMINISTRATIVA- BTÁ D.C. Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Código Regional		11				
			Código Centro		940410				
			Fecha Elaboración		Noviembre de 2024				
			Versión		MARZO 2024 - 2,24				
			ID de Proceso		07616-473195				
DATOS DEL CONTRATISTA									
Nombres y apellidos:		GUSTAVO ADOLFO BERMUDEZ SANDOVAL		Banco a consignar:		BANCOLOMBIA			
Cédula de Ciudadanía		79.610.936		Tipo de cuenta:		AHORROS			
Correo electrónico:		gustabermudez@misena.edu.co		Número de Cuenta:		20567441042			
IP/N° de contacto:		3003038259		Presta Servicios Excluidos de IVA:		SI			
Inducción SST:		SI		Pertenece al régimen simple de tributación:		NO			
Régimen del IVA:		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									
N° del contrato:		5854853/2024		N° Compromiso SIIF	14724	Número de pagos durante la vigencia del contrato	11		
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		Prestar los servicios profesionales de carácter temporal, para apoyar en la orientación de la formación profesional integral presencial y/o virtual, para las jornadas diurna, nocturna, madrugada y fines de semana en su sede principal, subsede y organizaciones, así como otras acciones que se deriven de los procesos formativos, para atender la formación Tecnológica, Laboral y Complementaria,							
DATOS PERIODO DEL PAGO									
Del	01/11/2024	Al	30/11/2024	Saldo Anterior del Contrato:		\$ 6.996.021			
Número de pago	10			Valor Total del Contrato:		\$ 47.185.926			
Valor Bruto Pago:	\$ 4.465.545,00			Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 2.530.476			
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									
		Noviembre		Octubre		Base retención en la fuente a titulo de RENTA		2.625.490,00	TARIFA
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----		81281404		Base retención en la fuente a titulo de ICA		3.956.445,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.786.218		\$ 1.786.218		Valor base IVA		4.465.545,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 223.300		\$ 223.300		IVA (Si es RESPONSABLE)		0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 285.800		\$ 285.800		Menos Retención en la Fuente		0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -		\$ 0		Menos Retencion IVA		0,00	15%
ARL		\$ 9.400		\$ 9.400		Reteica - 8299 - BOGOTÁ		38.219,00	0,966%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -						0,00	0%
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	0,000%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		\$ -						0,00	0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda		\$ -						0,00	0,000%
Dependientes hasta		\$ 446.555						0,00	0,000%
Salud hasta		\$ 753.040		\$ -				0,00	0,000%
Renta Exenta 25%		\$ 34.082.904		\$ 875.000				0,00	0,000%
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 7.875.123						0,00	
Retención en la Fuente Contingente		\$				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									
Atender la formación presencial de aprendices en el área específica del respectivo programa de formación, en las fases o Competencias									
Orientar y apoyar a los aprendices en el desarrollo de proyectos formativos y/o productivos en las respectivas etapas de formación.									
Garantizar la actualización de los contenidos y tecnologías, de las fases o competencias en las cuales se desarrolla la formación de l									
Así mismo, de acuerdo con el área de desempeño para la cual fue seleccionado deberá orientar la formación, para desarrollar en los apr									
Aplicar durante el periodo deduración del contrato, al proceso de certificación de competencias según normas de competencias que aplic									
Cumplimiento oportuno con las entregas de los distintos formatos y documentos requeridos en el proceso administrativo; así como el car									
Cumplimiento del manual, estándares y lineamientos vigentes para la orientación de procesos de formación a través de ambientes virtual									
Participar en las actividades de seguridad y salud en el trabajo programadas por el Centro y acoger las recomendaciones establecidas e									
Orientar, apoyar, acompañar y asesorar en forma permanente e integral a los aprendices en el proceso de formación, incluyendo la formu									
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									
GUSTAVO ADOLFO BERMUDEZ SANDOVAL 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,									
SAMIR ARTURO BRAVO CHADID INSTRUCTOR G19									
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 VIVIANA GOMEZ VARGAS SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)									

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	79610936	GUSTAVO ADOLFO BERMUDEZ SANDOVAL		KRA 10 bis No. 14-60 SUR	0000000000	GUSTABERMUDEZ@HOTMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2024-10	2024-10	I	20/11/2024	81281404	\$557.500
TOTAL A PAGAR					

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	223.400	0		0		0	7	1.200	0	224.600	1

TOTALES PENSIÓN													
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados	
25-14	Colpensiones	900336004-7	285.900	0	0	0	0	7	1.500	0	287.400	1	

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	9.400				9.400	7	100	9.500			94	9.500	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre				NIT	Valor Aporte	Días Mora
CCF24	Compensar Caja				860066942-7	35.800	7
						200	36.000
							1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	7	0	0	0
ICBF				
0	7	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	223.400	224.600
Pensión	1	285.900	287.400
Riesgos Laborales	1	9.400	9.500
CCF	1	35.800	36.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	554.500	557.500

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	79610936	GUSTAVO ADOLFO BERMUDEZ SANDOVAL		KRA 10 bis No. 14-60 SUR	0000000000	GUSTABERMUDEZ@HOTMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-10	2024-10	I	20/11/2024	81281404	\$557.500	

DETALLE POR COTIZANTE																																													
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES												
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Columna exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	MA	MA	MA	MA	MA	MA	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN						
1	CC	79610936	BERMUDEZ SANDOVAL GUSTAVO ADOLFO	59	0		N																	25-14	1.786.500	285.900	0	0	0	0	EPS005	1.786.500	223.400	14-23	1.786.500	1	9.400	CCF24	1.786.500	35.800	0	0	0	0	0

PAGADA



FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BOGOTÁ, 6 de Febrero 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	1021683700	ISABELLA BERMUDEZ MORA	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,

GUSTAVO ADOLFO BERMUDEZ SANDOVAL
C.C. 79610936

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

NUIP 1021675033

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 41028394

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina							
Registraduría	☐	Notaría	☒	Número	514	Consulado	☐
Corregimiento	☐	Inspección de Policía	☐	Código	A	6	H
País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía							

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTÁ D.C. + + + + +

Datos del inscrito			
Primer Apellido		Segundo Apellido	
BERMUDEZ + + +		MORA + + + +	
Nombre(s)			
ISABELLA + + +			
Fecha de nacimiento		Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo
Año	2007	Mes	JUL
Día	23	FEMENINO + +	A (P)
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección)			
COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTÁ D.C. + + + +			

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO + + +	A 8100291 + +

Datos de la madre	
Apellidos y nombres completos	
MORA OSORIO MARIA ALEJANDRA + + + + +	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 52.727.643 DE BOGOTÁ + + + + +	COLOMBIANA + +

Datos del padre	
Apellidos y nombres completos	
BERMUDEZ SANDOVAL GUSTAVO ADOLFO + + + + +	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 79.610.936 DE BOGOTÁ + + + + +	COLOMBIANO + +

Datos del declarante	
Apellidos y nombres completos	
BERMUDEZ SANDOVAL GUSTAVO ADOLFO + + + + +	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. 79.610.936 DE BOGOTÁ + + + +	

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	Nombre y firma del funcionario que autoriza
2007	
	MIRIAM SUAREZ SUAREZ

--- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO ---

REPÚBLICA DE COLOMBIA
NOTARIA CINCUENTA Y CUATRO DE BTA
Este Registro es fiel Copia, tomada
de su original y tiene validez
permanente. 15 AGO. 2007
Hecho en Santafé de Bogotá D.C.



REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

NUIP 1021683700

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial 50409745

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número 54 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código A 6 H =

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

Datos del inscrito

Primer Apellido

BERMUEZ

Segundo Apellido

MORA

Nombre(s)

LUCIANA

Fecha de nacimiento

Año 2011 Mes ABR Día 10

Sexo (en letras)

FEMENINO

Grupo sanguíneo

O

Factor RH

(+)

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo

10703991.8

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

MORA OSORIO MARIA ALEJANDRA

Documento de identificación (Clase y número)

cc.no.52.727.643 DE BOGOTA D.C.

Nacionalidad

COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

BERMUEZ SANDOVAL GUSTAVO ADOLFO

Documento de identificación (Clase y número)

cc.no.79.610.936 DE BOGOTA D.C.

Nacionalidad

COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

BERMUEZ SANDOVAL GUSTAVO ADOLFO

Documento de identificación (Clase y número)

cc.no.79.610.936 DE BOGOTA D.C.

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 2011 Mes MAY Día 05

Nombre y firma del funcionario que autoriza

EDUARDO PACHECO JUVINAO

Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -