

<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 METALMECÁNICO- BTÁ D.C. Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Código Regional		11				
			Código Centro		921410				
			Fecha Elaboración		Noviembre de 2024				
			Versión		MARZO 2024 - 2,24				
			ID de Proceso		01756-338873				
DATOS DEL CONTRATISTA									
Nombres y apellidos:		LUIS MIGUEL HUERFANO GARZON		Banco a consignar:		BANCO COLPATRIA			
Cédula de Ciudadanía		1.073.679.140		Tipo de cuenta:		AHORROS			
Correo electrónico:		lmhuerfano0@misena.edu.co		Número de Cuenta:		4722018105			
IP/N° de contacto:		3123567725		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						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									
N° del contrato:		5803725/2024		N° Compromiso SIIF	5924	Número de pagos durante la vigencia del contrato	12		
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL DE FORMA PRESENCIAL Y/O VIRTUAL Y OTRAS ACCIONES QUE SE DERIVEN DE LA FORMACIÓN PARA ATENDER LA FORMACIÓN TITULADA Y COMPLEMENTARIA							
DATOS PERIODO DEL PAGO									
Del		01/11/2024		Al		30/11/2024			
Número de pago		11		Saldo Anterior del Contrato:		\$ 6.847.169			
Valor Bruto Pago:		\$ 4.465.545,00		Valor Total del Contrato:		\$ 48.079.035			
				Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 2.381.624			
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		\$ 2.599.290		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		2.599.290,00	TARIFA
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----		9476274086		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		0,00	
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 III		\$ 43.600		\$ 43.600		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%		\$ 37.181.350		\$ 867.000				0,00	0,000%
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 8.077.853						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									
Actividades académicas con las fichas 2902063 - 2972648 - CURSO CORTO PLASTICOS									
NOMBRE DEL PROGRAMA: PRODUCCION DE COMPONENTES MECANICOS CON MAQUINAS DE CONTROL NUMERICO COMPUTARIZADO.									
COMPETENCIA: DISEÑAR PRODUCTOS METALMECANICOS CUMPLIENDO ESPECIFICACIONES TÉCNICAS.									
RESULTADO: ESTABLECER LAS HERRAMIENTAS DE CAD CAM PARA EL DISEÑO Y LA FABRICACIÓN.									
MODELADO 3D PARA LA INDUSTRIA Imprimir modelo tridimensional Todos los resultados: RA1, RA2 y RA3									
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									
LUIS MIGUEL HUERFANO GARZON 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,									
SANDRA MILENA TORRES JIMENEZ INSTRUCTOR G14									
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 ALICIA LARA AHUMADA SUBDIRECTORA DE CENTRO G02									

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1073679140		LUIS MIGUEL HUERFANO GARZON	INDEPENDIENTE	Principal	CARRERA 77J #65B 26 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3123567725	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-10	2024-10	1000001698	9476274086	I	2024/11/13	2024/11/06	BANCO DE BOGOTA	0	\$552,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	
Sucursal: Principal (1 Afiliados)					\$1,786,218	\$285,800			\$1,786,218	\$223,300			\$0	\$0			\$1,786,218	\$43,600		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: Principal (1 Afiliados)					\$1,786,218	\$285,800			\$1,786,218	\$223,300			\$0	\$0			\$1,786,218	\$43,600		\$0	\$0	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$1,786,218	\$285,800			\$1,786,218	\$223,300			\$0	\$0			\$1,786,218	\$43,600		\$0	\$0	
1	CC	1073679140	HUERFANO LUIS	230301	30	\$1,786,218	\$285,800	EPS002	30	\$1,786,218	\$223,300	0		\$0	\$0	14-23	30	\$1,786,218	\$43,600	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$1,786,218	\$285,800			\$1,786,218	\$223,300			\$0	\$0			\$1,786,218	\$43,600		\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1073679140		LUIS MIGUEL HUERFANO GARZON	INDEPENDIENTE	Principal	CARRERA 77J #65B 26 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3123567725	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2024-10	2024-10	1000001698		9476274086	I	2024/11/13	2024/11/06	BANCO DE BOGOTA	\$552,700

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$285,800	\$0	\$0	\$285,800	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$285,800	\$0	\$0	\$285,800	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$43,600	\$0	\$0	\$43,600	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$43,600	\$0	\$0	\$43,600	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$223,300	\$0	\$0	\$223,300	
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	\$223,300	\$0	\$0	\$223,300	
TOTAL				1	\$552,700	\$0	\$0	\$552,700	

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Bogotá, noviembre de 2024

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APREDIAJE (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 empleado contribuyente y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el parágrafo cuarto del artículo segundo del Decreto 0099 de 2013, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

T.I.	1146134325	MIGUEL SANTIAGO HUÉRFANO PARRA	HIJO
------	------------	--------------------------------	------

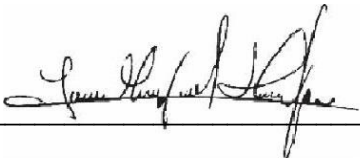
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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: LUIS MIGUEL HUÉRFANO GARZÓN

C.C. 1.073.679.140 DE SOACHA

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

NUIP

1146134325

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

55386365

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número ☐ 74 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código DVD

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

Datos del inscrito

Primer Apellido

HUERFANO

Segundo Apellido

PARRA

Nombre(s)

MIGUEL SANTIAGO

Fecha de nacimiento

Año 2 0 1 5 Mes MAR Día 02 Sexo (en letras) MASCULINO Grupo sanguíneo A Factor RH POSITIVO

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

53120991-4

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

PARRA ROA ERIKA JOHANNA

Documento de identificación (Clase y número)

C.C. No. 1012345734 de BOGOTA D.C.

Nacionalidad

COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

HUERFANO GARZON LUIS MIGUEL

Documento de identificación (Clase y número)

C.C. No. 1073679140 de SOACHA

Nacionalidad

COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

HUERFANO GARZON LUIS MIGUEL

Documento de identificación (Clase y número)

C.C. No. 1073679140 de SOACHA

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 2 0 1 5 Mes MAR Día 1 9

Nombre y firma del funcionario que autoriza

JAIME VARGAS CHAMBO

Nombre y firma

N.A

IMPRESO POR COLOMBIA REGISTRO CIVIL - BOGOTA D.C. - TEL. 487110

SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -



55386365