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 SERVICIOS FINANCIEROS- BTÁ D.C

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

Código Regional	**11**
Código Centro	**940510**
Fecha Elaboración	**Diciembre de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**03052-705479**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	IVAN ANDRES MEDINA BOLIVAR	**Banco a consignar:**	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	1.024.573.729	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	imedinab@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	488418696057
IP/Nº de contacto:	3107768171	**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**	NO

¿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:	6468223/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**78824**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	6

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	Prestar los servicios profesionales de carácter temporal con autonomía e independencia, para atender los procesos formativos de los aprendices en las competencias claves asociados a la red de conocimiento Institucional de la Enseñanza de Idiomas en el área temática de inglés de los programas presenciales y/o complementarios de acuerdo con lineamientos de la formación profesional

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/12/2024**	**Al**	**07/12/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 1.041.950
Número de pago	**6**			**Valor Total del Contrato:**	$ 23.220.600
Valor Bruto Pago:			**$ 1.041.950,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 0

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 1.041.950	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	**$ 1.041.950**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 640.250**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Diciembre	Noviembre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**82052044**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 650.000	$ 1.786.200
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 81.300	$ 223.300
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 104.000	$ 285.800
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 3.400	$ 9.400
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%	$ 18.590.675	$ 213.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 4.964.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	640.250,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	856.650,00	
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	8.275,00	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	**$1.033.675,00**	

SON: UN MILLÓN TREINTA Y TRES MIL SEISCIENTOS SETENTA Y CINCO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

obli 1 Durante las clases desarrolladas en este periodo de tiempo se presentaron nuevas estrategias interpretativas con el objetivo de que los aprendices mejoraran la producción escrita y oral comprendiendo la información en inglés de forma más coherente y apropiada considerando cuidadosamente las actividades y evidencias propuestas por el plan de trabajo concertado. Se exploraron distintas alternativas alineadas con los temas establecidos con el fin de permitir a los estudiantes fortalecer sus habilidades comunicativas e interpretativas. De esa manera, se hizo enfasís en los siguientes temas: Explicación y aplicación de los tiempos futuros en la proyección personal del futuro. El uso de todos los tiempos verbales en inglés de forma integrada y general para describir situaciones concretas de la vida real.

Obli 6 Se llevó a cabo la supervisión, revisión y evaluación tanto de los trabajos asignados por el Plan concertado (Evidencias), así como también, el examen de salida que permitió conocer el nivel de inglés que obtuvieron los aprendices al finalizar el trimestre.

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

IVAN ANDRES MEDINA BOLIVAR
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,

DIEGO ALEJANDRO MARTINEZ ROJAS
INSTRUCTOR G16

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
ERNESTO ACEVEDO SOTO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1024573729	IVAN ANDRES MEDINA BOLIVAR	CR 75 IBIS N 62 - 15 SUR	4625256	ian.medina206@gmail.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 (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-11	2024-11	I	02/12/2024	82052044	$518.500	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	223.300	0		0		0	0	0	0	223.300	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
230301	Porvenir	800224808-8	285.800	0	0	0	0	0	0		285.800	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	9.400				9.400	0	0	9.400			94	9.400	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	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	223.300	223.300
Pensión	1	285.800	285.800
Riesgos Laborales	1	9.400	9.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	518.500	518.500

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1024573729	IVAN ANDRES MEDINA BOLIVAR	CR 75 IBIS N 62 - 15 SUR	4625256	ian.medina206@gmail.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 (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-11	2024-11	I	02/12/2024	82052044	$518.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																				PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	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	1024573729	MEDINA BOLIVAR IVAN ANDRES	59	0			N																	230301	1.786.200	285.800	0	0	0	0	EPS008	1.786.200	223.300	14-11	1.786.200	1	9.400		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

SENA	Versión: 05 Código: GTH- F- 074

Proceso Gestión de Talento Humano

Formato Entrega de Bienes e Información de Ejecución Contractual por el Contratista

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA:	**IVÁN ANDRÉS MEDINA BOLÍVAR**					**IDENTIFICACIÓN**
CIUDAD	Bogotá	**FECHA**	**07 de DICIEMBRE de 2024**	**REGIONAL**	**Distrito Capital**	**1,024,573,729**
DIRECCIÓN U OFICINA DONDE SE EJECUTÓ EL CONTRATO:			**Calle 65 13 -10**			
NÚMERO Y FECHA DE CONTRATO:	CO1.PCCNTR. 6468223					

CAUSAL DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO

LIQUIDACIÓN POR MUTUO ACUERDO		**CESIÓN**		**LIQUIDACIÓN ANTICIPADA POR MUTUO ACUERDO**		**TERMINACIÓN UNILATERAL**	

DEPENDENCIA SENA	**Marcar con x**	**RESPONSABLES**	
		NOMBRES Y APELLIDOS	**FIRMA**
GESTIÓN DE TIC		**NESTOR ALFONSO PUERTO**	
ADMINISTRACIÓN DE DOCUMENTOS			
ENTREGA CARNÉ (A Supervisor del Contrato en las Regionales y Centros de Formación) SECRETARÍA GENERAL		**DIEGO ALEJANDRO MARTINEZ ROJAS**	
ALMACÉN E INVENTARIOS		**Generar reporte de https://miinventario.sena.edu.co/Inicio.aspx y anexar al formato, garantizando que no tiene elementos a su cargo.**	
SERVICIOS GENERALES, ADQUISICIONES (Administración de edificio; Contratación)		**JOSE GUILLERMO CARDOZO OLIVEROS**	
CONTABILIDAD		**CARLOS ANDRES PEREA**	
TESORERIA		**NESTOR WILLIAN AVILA ALFONSO**	
COORDINACIÓN DE: ÁREA/GRUPO/ ACADEMICA		**DIEGO ALEJANDRO MARTINEZ ROJAS**	
BIBLIOTECA		John Jairo Lozano Beltrán	
OTRO			
OTRO			
SUPERVISOR DE CONTRATO		**DIEGO ALEJANDRO MARTINEZ ROJAS**	

ELEMENTOS FALTANTES U OBLIGACIONES PENDIENTES (Relacionar con su respectivo valor)

OTROS : _____

Firma del Contratista

De acuerdo con los registros del Sistema para la Administración y Control de Bienes SACB, el documento 1024573729 NO ha sido registrado en la Base de Datos y por tanto NO registra bienes a cargo.

Fecha de emisión del reporte: 4 de Diciembre de 2024 a las 00:06:54

El cuentadante responde administrativa y fiscalmente por los bienes aquí relacionados y rendirá cuentas de su utilización. Todo ello según lo dispuesto sobre este particular en la Constitución Política Nacional Art. 124 y en especial lo establecido en los numerales 21 y 22 del Art. 34 de la Ley 734 de 2002; Resolución 1378 de 2018 y en las obligaciones generales de los Contratos de Prestación de Servicios.

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **IVAN ANDRES MEDINA BOLIVAR**, identificada con **CC** número **1024573729**, aportó por **IVAN ANDRES MEDINA BOLIVAR** identificado(a) con **CC** número **1024573729** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para los periodos de pensión comprendidos entre 07 - 2024 y 11 - 2024 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
14-11	ARL SURA	59	X														0		30	$1,786,200	0.00522	$9,400	$0	$0	Julio - 2024	79426923	12/08/2024	NO
EPS008	Compensar EPS	59	X														0		30	$1,786,200	0.12500	$223,300	$0	$0	Julio - 2024	79426923	12/08/2024	NO
230301	Porvenir	59	X														0		30	$1,786,200	0.16000	$285,800	$0	$0	Julio - 2024	79426923	12/08/2024	NO
14-11	ARL SURA	59															0		30	$1,786,218	0.00522	$9,400	$0	$0	Agosto - 2024	79426582	12/09/2024	NO
EPS008	Compensar EPS	59															0		30	$1,786,218	0.12500	$223,300	$0	$0	Agosto - 2024	79426582	12/09/2024	NO
230301	Porvenir	59															0		30	$1,786,218	0.16000	$285,800	$0	$0	Agosto - 2024	79426582	12/09/2024	NO
14-11	ARL SURA	59															0		30	$1,786,200	0.00522	$9,400	$0	$0	Septiembre - 2024	80480511	15/10/2024	NO
EPS008	Compensar EPS	59															0		30	$1,786,200	0.12500	$223,300	$0	$0	Septiembre - 2024	80480511	15/10/2024	NO
230301	Porvenir	59															0		30	$1,786,200	0.16000	$285,800	$0	$0	Septiembre - 2024	80480511	15/10/2024	NO
14-11	ARL SURA	59															0		30	$1,786,200	0.00522	$9,400	$0	$0	Octubre - 2024	81242385	05/11/2024	NO
EPS008	Compensar EPS	59															0		30	$1,786,200	0.12500	$223,300	$0	$0	Octubre - 2024	81242385	05/11/2024	NO
230301	Porvenir	59															0		30	$1,786,200	0.16000	$285,800	$0	$0	Octubre - 2024	81242385	05/11/2024	NO
14-11	ARL SURA	59															0		30	$1,786,200	0.00522	$9,400	$0	$0	Noviembre - 2024	82052044	02/12/2024	NO
EPS008	Compensar EPS	59															0		30	$1,786,200	0.12500	$223,300	$0	$0	Noviembre - 2024	82052044	02/12/2024	NO
230301	Porvenir	59															0		30	$1,786,200	0.16000	$285,800	$0	$0	Noviembre - 2024	82052044	02/12/2024	NO

PAGADA

El presente certificado se expide a los **4** días del mes **Diciembre**de **2024**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.