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 ELECTRICIDAD Y ELECTRÓNICA- BTÁ D.C.**

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

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **11** |
| **Código Centro** | **921010** |
| **Fecha Elaboración** | **Junio de 2025** |
| **Versión** | **ENERO - 2.25** |
| **ID de Proceso** | **14880-892922** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos:** | JOHN ALEXANDER LOPEZ ALBARRACIN | **Banco a consignar:** | BANCOLOMBIA |
| **Cédula de Ciudadanía** | 74.376.273 | **Tipo de cuenta:** | AHORROS |
| **Correo electrónico:** | jala23@misena.edu.co | **Número de Cuenta:** | 94431499830 |
| **IP/Nº de contacto:** | 3166664850 | **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 2024** | SI |

| | |
|---|---|
| **¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?** | NO |
| **Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a $65.891.000** | SI |
| **Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2025 es igual o superior a $164.336.700 (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:** | 7366686/2025 | **Nº Compromiso SIIF** | **5525** | **Número de pagos durante la vigencia del contrato** | 11 |

| | |
|---|---|
| **OBJETO CONTRACTUAL:** (Descripciòn del servicio prestado) | INSRUCTOR:PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL, PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL EN LOS DIFERENTES NIVELES DE ACUERDO A LAS COMPETENCIAS REQUERIDAS EN CADA UNO DE LOS PROGRAMAS OFERTADOS DE FORMACIÓN TITULADA |

## DATOS PERIODO DEL PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Del** | **01/06/2025 Al 30/06/2025** | **Saldo Anterior del Contrato:** | $ 31.123.357 |
| **Número de pago** | **5** | **Valor Total del Contrato:** | $ 47.834.914 |
| **Valor Bruto Pago:** | **$ 4.599.511,00** | **Nuevo Saldo del Contrato:** | $ 26.523.846 |

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 4.599.511 | 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** | **$ 4.599.511** | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 2.711.160** | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

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

| | | Junio | Mayo |
|---|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | | ---------- | **87033179** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | | $ 1.839.804 | $ 1.839.804 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | | $ 230.000 | $ 230.000 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | | $ 294.400 | $ 294.400 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | | $ - | $ 0 |
| ARL | IV | $ - | $ 0 |
| 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 | | $ 459.951 | |
| Salud hasta | $ 796.784 | $ - | |
| Renta Exenta 25% | $ 36.062.775 | $ 904.000 | |
| Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. | $ 2.147.000 | | |
| Retención en la Fuente Contingente | | $ | |

| | | |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 2.711.160,00 | TARIFA |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 4.075.111,00 | |
| 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 | 39.366,00 | 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** | **$4.560.145,00** | |

**SON: CUATRO MILLONES QUINIENTOS SESENTA MIL CIENTO CUARENTA Y CINCO PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ficha 2823427_G3: Tecnólogo en Electricidad industrial: se impartió la competencia: Mejoramiento de equipos y elementos electricos con las siguientes actividades: Sistemas de control secuencial FIFO forzados, diseño de esquemas de control y fuerza

Actividades de World Skills

**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



**JOHN ALEXANDER LOPEZ ALBARRACIN**
**EL CONTRATISTA**

## CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

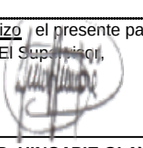
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:

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,



**EDGAR HINCAPIE OLAYA**
**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**
**LINA SAMARIS SILVA BELTRAN**
**SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)**

06/06/25 16:39:20 USUARIO: SIC - C.C. 74376273

compensar | miplanilla.com

# REPORTE RESUMEN DE PAGO

## Información básica de la planilla

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Empresa:** | JOHN ALEXANDER LOPEZ ALBARRACIN | **NIT:** | 74376273 |
| **Tipo Planilla:** | I | **Periodo liquidación Pensiones:** | mayo 2025 |
| **Sucursal o Dependencia:** | PRINCIPAL | **Periodo liquidación Salud:** | mayo 2025 |
| **Número de Radicación:** | 87033179 | **Total a pagar:** | $524,400 |
| **Fecha de vencimiento:** | 18/06/2025 | **Total de empleados:** | 1 |
| **Fecha de Pago:** | 03/06/2025 | **Número de Administradoras:** | 2 |

## 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:** | NEQUI | **Número Autorización:** | 1525809610 |
| **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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 231001 | 800227940 | Colfondos | 1 | | $0 | $294,400 |
| EPS008 | 860066942 | Compensar EPS | 1 | | $0 | $230,000 |
| | | | | | | $524,400 |

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

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

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BOGOTÁ, 10 de Febrero del 2025

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 | 1053444945 | JUANA ALEJANDRA LOPEZ RODRIGUEZ | 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,



JOHN ALEXANDER LOPEZ ALBARRACIN
C.C. 74376273

# REPUBLICA DE COLOMBIA

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

**NUIP** 1053444945

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

**Indicativo Serial** 40325844

*Datos de la oficina de registro - Clase de oficina*

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [2 a] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** D Z X

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

COLOMBIA BOYACA DUITAMA

*Datos del inscrito*

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| LOPEZ | RODRIGUEZ |

**Nombre(s)**

JUANA ALEJANDRA

| Fecha de nacimiento | | | Sexo (en letras) | Grupo Sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|---|---|
| Año 2009 | Mes ENE | Día 15 | FEMENINO | O | POSITIVO |

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

COLOMBIA BOYACA DUITAMA

| Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO DE NACIDO VIVO - CLINICA BOYACA | 51375099-6 |

*Datos de la madre*

**Apellidos y nombres completos**

RODRIGUEZ GUERRERO EDNA LICETT

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| C.C. No. 46.452.450 DUITAMA (BOY) | COLOMBIANA |

*Datos del padre*

**Apellidos y nombres completos**

LOPEZ ALBARRACIN JOHN ALEXANDER

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| C.C.No. 74.376.273 DUITAMA (BOY) | COLOMBIANO |

*Datos del declarante*

**Apellidos y nombres completos**

LOPEZ ALBARRACIN JOHN ALEXANDER

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| C.C. No. 74.376.273 DUITAMA (BOY) | |

*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* |
|---|---|
| Año 2009 Mes ENE Día 26 | LIBIA PAULINA GOMEZ RIGUEROS<br>Nombre y firma |

REPUBLICA DE COLOMBIA
Libia Paulina Gómez R.
NOTARIA
NOTARIA SEGUNDA DUITAMA (BOY.)

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

*4032584945*