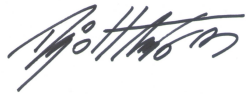


 <p>FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL DISTRITO CAPITAL</p> <p>SERVICIO NACIONAL CENTRO NACIONAL DE HOTELERIA, TURISMO Y ALIMENTOS-BTA D C - SERVICIOS PRESTADOS A LA</p>	Código Regional		11	
	Código Centro		940610	
	Fecha Elaboración		Mayo de 2023	
	Versión		ENERO 2023 - 1,23	
		ID de Proceso		62672-522791
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista:		DIEGO HUMBERTO AREVALO NOVA		
Correo electrónico contratista:		dharevaloa@sena.edu.co		
Régimen del IVA:		NO RESPONSABLE		
Pertenece al régimen simple de tributación?		NO		
Es declarante de renta?		NO		
Es Pensionado?		NO		
Banco al cual consignar:		DAVIVIENDA		
Inducción SST		SI		
Presta Servicios Excluidos de IVA ?		NO		
Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a \$53'206.000:		NO		
Tipo de cta		AHORROS		
N° Cuenta		0550488412766575		
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2023 supera los \$ 169'648.000 (debe cambiarse a responsable IVA)		NO		
DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO				
N° del contrato:		4581272/2023		
N° Compromiso SIIF		17723		
Valor Total del Contrato		\$ 19.530.000		
Saldo Anterior del Contrato		\$ 8.988.000		
Nuevo Saldo del Contrato		\$ 5.082.000		
N° Pago		4		
Periodo objeto de pago		Del 01/05/2023 Al 31/05/2023		
Legalización comisiones del periodo		\$ 0,00		
Valor Bruto Pago		\$ 3.906.000,00		
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)				
Prestar los servicios personales para impartir formación profesional integral de carácter temporal en periodos fijos de instructor de forma titulada y/o complementaria presencial y virtual para desarrollar actividades encaminadas al proceso de enseñanza, aprendizaje y evaluación basados en competencias laborales por proyectos en los diferentes niveles de formación impartidos en el Centro Nacional				
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios		\$ 3.906.000		
Ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO		\$ 3.906.000		
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 2.583.225		
Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°		0,00%		
Retención en la Fuente del Periodo		\$ 0		
Menos, Retefuente Otros Ingresos		\$ 0		
TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0		
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
N° Planilla PILA, o, N° Radicación pago SS		Mayo		Abril
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.562.400		\$ 1.562.400
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 195.300		\$ 195.300
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 250.000		\$ 250.000
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -		\$ 0
ARL II		\$ 16.400		\$ 16.400
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias \$ 8.835.833		\$ -		\$ -
\$ 976.500		\$ -		\$ -
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC \$ 13.430.466		\$ -		\$ -
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$ 13.430.466		\$ -		\$ -
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 4.241.200		\$ -		\$ -
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -		\$ -
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -		\$ -
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -		\$ -
Dependientes hasta \$ 1.357.184		\$ -		\$ -
Salud hasta \$ 678.592		\$ -		\$ -
Renta Exenta 25% \$ 2.792.123		\$ 861.075		\$ -
Retención en la Fuente Contingente		\$ -		\$ -
Base retención en la fuente a titulo de RENTA		2.583.225,00		TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA		3.460.700,00		
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		33.430,00		0,966%
		0,00		
		0,00		
		0,00		
Otras Retenciones		0,00		0,000%
Otras Retenciones		0,00		0,000%
Otras Retenciones		0,00		0,000%
Otras Retenciones		0,00		0,000%
Descuentos de Libranza		0,00		
Descuentos de embargo (Si tiene)		0,00		
VALOR A PAGAR		\$3.872.570,00		
SON: TRES MILLONES OCHOCIENTOS SETENTA Y DOS MIL QUINIENTOS SETENTA PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Impartí formación de inglés: TEC. EN COORDINACIÓN DE SERVICIOS HOTELEROS. Centro Nacional de Hotelería, Turismo y Alimentos. Formación designada por coordinación para el área de bilingüismo. Se cumplieron con los horarios establecidos. Apoyo en las fichas de formación 25591334 - 2693470 - 2620459 Apoyo en las fichas de formación 2668256 - 2559252 - 2559234 - 2620432 Realicé seguimiento de las fichas presencialmente y también por medio de la Plataforma Territorium.				
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 diligenciados.				
				
DIEGO HUMBERTO AREVALO NOVA EL CONTRATISTA				
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO				
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui 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.				
				
CAROLINA HERNANDEZ VARGAS 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				
				
SONIA YAMILE ACUNA LESMES SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)				

DATOS DEL APORTANTE						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	
CC	79983493	DIEGO HUMBERTO AREVALO NOVA		CL 145 A NO 12 A 65 CA 1	4818108	
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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2023-04	2023-04	I	03/05/2023	67515950	TOTAL A PAGAR \$469.800

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	198.800	0		0		0	0	0	0	198.800	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	254.400	0	0	0	0	0	0		254.400	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	16.600				16.600	0	0	16.600			166	16.600	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	198.800	198.800
Pensión	1	254.400	254.400
Riesgos Laborales	1	16.600	16.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	469.800	469.800

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	79983493	DIEGO HUMBERTO AREVALO NOVA		CL 145 A NO 12 A 65 CA 1	4818108	casadelarbol150@yahoo.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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2023-04	2023-04	I	03/05/2023	67515950	\$469.800

DETALLE POR COTIZANTE																																																
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN								SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES											
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Colom. exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	IOE	IOE	IOE	IOE	IOE	IOE	IOE	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o 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	79983493	AREVALO NOVA DIEGO HUMBERTO	59	0			N							X											230301	1.590.000	254.400	0	0	0	0	EPS008	1.590.000	198.800	14-23	1.590.000	2	16.600		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Información básica de la planilla

Empresa:	DIEGO HUMBERTO AREVALO NOVA	NIT:	79983493
Tipo Planilla:	I	Periodo liquidación Pensiones:	abril 2023
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	Periodo liquidación Salud:	abril 2023
Número de Radicación:	67515950	Total a pagar:	\$469,800
Fecha de vencimiento:	03/05/2023	Total de empleados:	1
Fecha de Pago:	03/05/2023	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:	2059229593
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
14-23	860011153	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1		\$0	\$16,600
230301	800224808	Porvenir	1		\$0	\$254,400
EPS008	860066942	Compensar EPS	1		\$0	\$198,800
						\$469,800

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

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
2059229593

Destino de pago
COMPENSAR-OI

Motivo
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha
03/05/2023

Número de aprobación
00229593

Dirección IP
186.81.239.214

Valor transacción
\$ 469.800,00

Referencia 1
186.81.239.214

Referencia 2
CC

Referencia 3
79983493



Verificados los resultados del participante en el curso virtual
Función Pública certifica que:

DIEGO HUMBERTO AREVALO NOVA

C.C 79.983.493

Participó y completó el curso virtual:

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción.

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 03 de mayo 2023

Aura Isabel Mora

Código: 76816307000

Directora de Participación, Transparencia y Servicio al Ciudadano