

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL TOLIMA CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS-TOLIMA		Código Regional	73	
			Código Centro	931010	
			Fecha Elaboración	Marzo de 2023	
			Versión	ENERO 2023 - 1,23	
			ID de Proceso	48608-445297	
DATOS DEL CONTRATISTA					
Nombres y apellidos contratista:		XIOMARA ORTIZ TRUJILLO		C.C.	65.799.764
Correo electrónico contratista:		xortiz@sena.edu.co		IP/N° de contacto	3167040055
Régimen del IVA:		NO RESPONSABLE		Pertenece al régimen simple de tributación?	NO
				Es declarante de renta?	SI
				Es Pensionado?	NO
Banco al cual consignar:		BANCO CAJA SOCIAL		Inducción SST	SI
				Presta Servicios Excluidos de IVA ?	SI
Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a \$53'206.000:		NO		Tipo de cta	AHORROS
				N° Cuenta	24059433963
				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:		4506574/2023		N° Compromiso SIIF	8623
Valor Total del Contrato		\$ 40.901.380		Periodo objeto de pago	
Saldo Anterior del Contrato		\$ 40.901.380		Del 01/02/2023 Al 28/02/2023	
Nuevo Saldo del Contrato		\$ 36.811.242		Legalización comisiones del periodo \$ 0,00	
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		INSTRUCTOR: CO1.PCCNTR.4506574 IMPARTIR FORMACION EN LOS DIVERSOS PROGRAMAS DE INTEGRACION CON LA MEDIA EN LA VIGENCIA 2023			
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Ingresos por honorarios		\$ 4.090.138		Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°	
				Retención en la Fuente del Periodo	
Ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO		\$ 4.090.138		Menos, Retefuente Otros Ingresos	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 2.404.593		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	
				\$ 0	
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR					
		Febrero		Enero	
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		0		Base retención en la fuente a titulo de RENTA	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.636.055		Base retención en la fuente a titulo de ICA	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 204.600		Valor base IVA	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 261.800		IVA (Si es RESPONSABLE)	
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -		Menos Retención en la Fuente	
ARL		\$ 8.600		Menos Retencion IVA	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ -		Reteica - 8542	
\$ 1.022.534				12.270,00	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		\$ -		0,00	
\$ 13.430.466				0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		\$ -		0,00	
Intereses Prestamo de Vivienda		\$ -		Bomberos	
\$ 4.241.200				736,00	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -		Otras Retenciones	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -		Otras Retenciones	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -		Otras Retenciones	
Dependientes hasta		\$ 1.357.184		0,00	
Salud hasta		\$ 678.592		0,00	
Renta Exenta 25%		\$ 2.792.123		0,00	
Retención en la Fuente Contingente		\$ -		0,00	
				VALOR A PAGAR	
				\$4.077.132,00	
SON: CUATRO MILLONES SETENTA Y SIETE MIL CIENTO TREINTA Y DOS PESOS M/CTE					
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Impartí formación profesional integral, en el Técnico en Contabilización de Operaciones Comerciales y Financieras, 133100 V1 de articulación con la Media Técnica, con la siguiente ficha: 2486014 de la Institución Educativa a Cargo en el Municipio de Ibagué de forma presencial. Realice el alistamiento de los documentos de matrículas vigencia 2023-2024, para los grados decimos, de aspirantes con novedades. Participé en equipos de trabajo con los instructores del área de contabilidad para el desarrollo de actividades del proyecto formativo y la construcción de guías de aprendizaje. Lleve a cabo comités de apertura y diligenciamiento del acta PAEM, formato autodiagnóstico de las instituciones educativas, formato GFPI-F-021 formato notificación novedades de ambientes para las las instituciones educativas asignadas en la vigencia 2023 y la entrega de los informes correspondiente al mes, según las obligaciones contractuales.					
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.					
XIOMARA ORTIZ TRUJILLO 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 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.					
MAURICIO TAUTIVA GUZMAN INSTRUCTOR G15					
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					
ALVARO FREDY BERMUDEZ SALAZAR SUBDIRECTOR DE CENTRO G02					

Página 1 de 1	PROCEDIMIENTO: CARACTERIZACION DE LA POBLACION Y ACTUALIZACION DE DERECHOS	 POLICÍA NACIONAL
Código: 2AR-FR-0058		
Fecha: 21-11-2019	CONSTANCIA DEL ESTADO DE AFILIACIÓN AL SUBSISTEMA DE SALUD PARA TITULARES COTIZANTES	
Versión: 1		

SUBSISTEMA DE SALUD DE LA POLICIA NACIONAL

EL (LA) SUSCRITO (A) RESPONSABLE DE AFILIACIONES Y ACTUALIZACIÓN DE DERECHOS

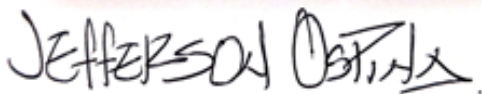
HACE CONSTAR QUE:

El (la) señor (a) **XIOMARA ORTIZ TRUJILLO** identificado (a) con Cedula de Ciudadanía No. **65761225** se encuentra con estado de afiliación **ACTIVO** del Plan Obligatorio de Salud del Subsistema de Salud de la Policía Nacional, Dirección de Sanidad (régimen de excepción) **Titular por sustitución** en la Policía Nacional.

Recuerde que la persona afiliada como cotizante a un régimen exceptuado o especial como es el caso de la Policía Nacional, que tenga una relación laboral o ingresos adicionales sobre los cuales esté obligado a cotizar al Sistema General de Seguridad Social en Salud, deberá efectuar la respectiva cotización al Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), de conformidad con lo descrito en el **DECRETO 780 DE 2016 TÍTULO 13 DISPOSICIONES FINALES ARTÍCULO 2.1.13.5. RÉGIMENES EXCEPTUADOS O ESPECIALES Y AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.**

La presente se expide a solicitud del interesado. Dada en Ibagué - Tolima, a los 25 días del mes de enero de 2023.

Atentamente,



SI. JEFFERSON ANDRES OSPINA TRIANA

Responsable Validación de Derechos Unidad Prestadora de Salud Tolima

ESTA CONSTANCIA NO ES VÁLIDA PARA TRÁMITE LABORAL, PENSIONAL Y PRACTICAS ACADÉMICAS REMUNERADAS. NO PROCEDE TRASLADO DE APORTES A ADRES PARA BENEFICIARIOS DE SALUD PONAL.

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

**En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

XIOMARA ORTIZ TRUJILLO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **65.799.764**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 24 de Enero del 2023.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DÍA 31/01/2023VIGILADO
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA**DATOS DE LA EMPRESA**

Tipo documento:	NI	Número de documento:	899999034	Cédula Usuario:	CC 93394688
Nombre:	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA				
Dirección:	CLL 57 8-64				
Departamento:	BOGOTA D.C.		Municipio:	BOGOTA D.C.	
Correo electrónico:	accidentalidadsst@sena.edu.co				
Teléfono:	5978250		Tarifa:	0.522	
Actividad Económica:	1855101 FORMACION ACADEMICA NO FORMAL, INCLUYE LA EDUCACION QUE SE OFRECE CON EL OBJETO DE COMPLEMENTAR, ACTUALIZAR, SUPLIR CONOCIMIENTOS Y FORMAR ACADEMICAMENTE A TRAVES DE CURSOS CON PROGRAMAS QUE TIENEN UN CARACTER ORGANIZADO Y CONTINUO, AUNQUE NO ESTEN SUJETOS AL SISTEMA DE NIVELES Y GRADOS ESTABLECIDOS EN LA EDUCACION FORMAL				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 93394688	HELTON ASMED GUAQUETA OLARTE

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	827	01/02/2023	CC 65799764	ORTIZ TRUJILLO XIOMARA	1	0.522	Independiente

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor dirijase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

IMS_4_1_3_FRT5_v_04

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

C50416FDD87970D98190643ECFE7657D

Certificado impreso el día 1/31/2023 6:48:56 PM por el portal de empresas Edesk

**Positiva Compañía de Seguros S.A.** • Nit: 860.011.153-6 • Línea gratuita: 01-8000-111-170,
Bogotá: 330-7000 / Portal Web: www.positiva.gov.co

Positiva Compañía de Seguros

@PositivaCol

PositivaColombia

**El emprendimiento
es de todos**

Minhacienda



VIGILADO
SUPERINTENDENCIA
DE ECONOMÍA

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Dirijase a la Institución Prestadora de Salud (IPS) asignada en la línea Positiva **01 8000 941 541**, en Bogotá **(601) 6000 811**.

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS

**XIOMARA
ORTIZ TRUJILLO**

65799764

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
899999034

Este carné es personal e intransferible.

HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

XIOMARA ORTIZ TRUJILLO

Identificado con CC 65799764

Actualmente tiene(n) el producto Cuenta Ahorros, radicado(a) en la oficina CALLE 12, con las siguientes características:

Cuentamiga

Número:	24059433963
Fecha de apertura:	26 de Enero de 2016
Condiciones de uso:	Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector
Estado:	Cuenta activa

Esta constancia se expide con destino a quien pueda interesar, realizada en el Canal Digital de la ciudad de Bogotá, el día , 18 de Febrero de 2023.

Cordialmente,

Vicepresidencia de Banca Masiva

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Ibagué, 28 de febrero de 2023

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 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:

T.I.	1110451799	MARIA FERNANDA GUZMAN ORTIZ	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: Xiomara Ortiz Trujillo

C.C. 65.799.764 Purificación (Tolima).

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCION NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1.110.451.799

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial 152696147

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒ Notaría ☐ Número ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código T Z A

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

REGISTRADURIA DE IBAGUE - COLOMBIA - TOLIMA - IBAGUE

Datos del inscrito

Primer Apellido GUZMAN Segundo Apellido ORTIZ

Nombre(s)

MARIA FERNANDA

Fecha de nacimiento

Sexo (en letras)

Grupo sanguíneo

Factor RH

Año 2004 Mes SEP Día 16 FEMENINO

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

COLOMBIA TOLIMA IBAGUE

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

Número certificado de nacido vivo

SENTENCIA JUDICIAL

RAD:2015-0473

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

ORTIZ TRUJILLO XIOMARA

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CC 65.799.764

COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

GUZMAN GARCIA DIEGO FERNANDO

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CC 93.632.877

COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

GUZMAN GARCIA DIEGO FERNANDO

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

CC 93.632.877

FIRMA DEL PADRE

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 2017 Mes MAY Día 25

LUIYEN BARRERO SALAZAR - REGISTRAR

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

FIRMA RECONOCIMIENTO EN SENTENCIA JUDICIAL

LUIYEN BARRERO SALAZAR

Firma

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

25 MAY 2017 - SERIAL REEMPLAZA A - 0036963472 - 22.OCT.2004 - ANOTADO

Registraduría del Estado Civil
IBAGUE - TOLIMA

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO