

 <p>FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL DISTRITO CAPITAL CENTRO DE SERVICIOS FINANCIEROS-BTA D C - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION</p>	Código Regional		11	
	Código Centro		940510	
	Fecha Elaboración		Marzo de 2023	
	Versión		ENERO 2023 - 1,23	
		ID de Proceso		96635-736749
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista:		SANDRA YOLIMA GOMEZ CONTRERAS		
Correo electrónico contratista:		sygomez6101@misena.edu.co		
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		24055656029		
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:		4484277/2023		
N° Compromiso SIIF		3723		
Valor Total del Contrato		\$ 12.285.000		
Saldo Anterior del Contrato		\$ 7.507.500		
Nuevo Saldo del Contrato		\$ 3.412.500		
N° Pago		3		
Periodo objeto de pago		Del 01/03/2023 Al 31/03/2023		
Legalización comisiones del periodo		\$ 0,00		
Valor Bruto Pago		\$ 4.095.000,00		
OBJETO CONTRACTUAL:		INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES CON PLENA AUTONOMÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA, PARA ORIENTAR LA FORMACIÓN DE COMPETENCIAS TÉCNICAS EN LOS PROGRAMAS DE MODALIDAD PRESENCIAL DE LA RED DE CONOCIMIENTO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA		
(Descripción del servicio prestado)				
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios		\$ 4.095.000		
Ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 4.095.000		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO		\$ 8.190.000		
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 4.821.450		
Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°		3,12%		
Retencion en la Fuente del Periodo		\$ 150.539		
Menos, Retefuente Otros Ingresos		\$ 0		
TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 150.539		
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		Marzo		Febrero
		66266074		
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.638.000		\$ 1.638.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 204.800		\$ 204.800
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 262.100		\$ 262.100
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -		\$ 0
ARL		\$ 8.600		\$ 8.600
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ 8.835.833		\$ -
\$ 2.047.500		\$ -		\$ -
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		\$ 262.100		\$ -
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 204.800		\$ -
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 8.600		\$ -
Dependientes hasta		\$ 1.357.184		\$ 819.000
Salud hasta		\$ 678.592		\$ -
Renta Exenta 25%		\$ 2.792.123		\$ 1.607.150
Retención en la Fuente Contingente		\$ -		\$ -
Base retención en la fuente a titulo de RENTA		4.821.450,00		TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA		3.628.100,00		
Valor base IVA		0,00		
IVA (Si es RESPONSABLE)		0,00		19%
Menos Retención en la Fuente		150.539,00		3,12%
Menos Retencion IVA		0,00		15%
Reteica - 8299		35.047,00		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		\$3.909.414,00		
SON: TRES MILLONES NOVECIENTOS NUEVE MIL CUATROCIENTOS CATORCE PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Obligación 1:Acompañar y asesorar en forma permanente e integral en el proceso de formación a los aprendices de las fichas 2468464 jornada mañana de L a V 131.6 Horas, Ficha 2420806 Jornada Fines de semana 24 Horas,Otras actividades de apoyo a la formación 4 horas				
Obligación 4:Inicio de Formación de los aprendices de las fichas 2468464 jornada mañana de L a V 131.6 Horas, Ficha 2420806 Jornada Fines de semana 24 Horas				
Obligación 5:Control de asistencia y envíos de correos invitando al cumplimiento en la formación para las fichas 2468464 jornada mañana de L a V 131.6 Horas, Ficha 2420806 Jornada Fines de semana 24 Horas				
Obligación 8:Actividades respecto de las novedades gestionadas ante la coordinación				
Obligación 9:Se realizan las acciones necesarias para dar cumplimiento al reglamento del aprendiz				
Obligación 15:Se cumple con todo lo dispuesto en el contrato, de acuerdo al plan de acción				
Obligación 16:Tramitar y realizar el pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral				
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 VFP, 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.				
SANDRA YOLIMA GOMEZ CONTRERAS 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.				
Autorizo el presente pago. El Supervisor,				
CLAUDIA PATRICIA RUIZ FONSECA 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				
MIREYA PARRA PINTO SUBDIRECTORA DE CENTRO G02				

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1052391016	SANDRA YOLIMA GOMEZ CONTRERAS		Calle 9 14 A - 88 SUR APTO 502 TORRE 11	3142168782	sangomez052713@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	MOSQUERA	
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 UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2023-02	2023-02	I	13/03/2023	66266074	\$478.500

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	204.800	0		0		0	5	1.300	0	206.100	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
231001	Colfondos	800227940-6	262.100	0	0	0	0	5	1.600	0	263.700	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	8.600				8.600	5	100	8.700			86	8.700	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	204.800	206.100
Pensión	1	262.100	263.700
Riesgos Laborales	1	8.600	8.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	475.500	478.500

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1052391016	SANDRA YOLIMA GOMEZ CONTRERAS		Calle 9 14 A - 88 SUR APTO 502 TORRE 11	3142168782	sangomez052713@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	MOSQUERA	
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
2023-02	2023-02	I	13/03/2023	66266074	\$478.500

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES													
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Columna exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	IOA	IOB	IOG	IOH	IOI	IOJ	IOK	IOL	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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	1052391016	GOMEZ CONTRERAS SANDRA YOLIMA	59	0		N								X												231001	1.638.000	262.100	0	0	0	0	EPS002	1.638.000	204.800	14-23	1.638.000	1	8.600		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 31 de marzo de 2021

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (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.	1073258851	ZARA GABRIELA CARDENAS GOMEZ	HIJO
-------------	-------------------	-------------------------------------	-------------

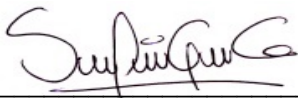
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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: _Sandra Yolima Gómez Contreras

C.C. _1.052.391.016

Bogotá D.C, 31 /03/2023

Señores

Grupo Administración de Salarios (para funcionarios de Digeneral)

Grupo de Apoyo Administrativo Mixto o Gestión de Talento Humano (para las Regionales)

Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

Ciudad

Asunto: Solicitud deducible retención en
fuente por dependientes

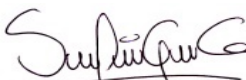
Estimados señores:

Con la presente solicito que de acuerdo con el Artículo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el Artículo 2º. Párrafo 3ro. del Decreto 099 del 2013, se tenga en cuenta como deducible de mis ingresos brutos provenientes de la relación laboral por el concepto de dependientes, los cuales relaciono a continuación:

Apellidos y Nombre	Documento Identidad	Calidad del Dependiente 1. Hijos menores 18 años. 2. Hijos estudiantes entre 18 y 23 años. 3. Hijos mayores a 18 años con dependencia por factores físicos o psicológicos. 4. Cónyuge con ingresos inferiores a 260 UVT o dependencia por factores físicos o psicológicos. 5. Padres o hermanos con ingresos inferiores a 260 UVT o dependencia por factores físicos o psicológicos.
ZARA GABRIELA CARDENAS GOMEZ	1073258851	1. Hijos menores 18 años.

Certifico bajo la gravedad de juramento la información consignada en esta solicitud y me comprometo a enviar solicitud de revocación de aplicación del deducible por dependientes en el caso en que cesen las condiciones que dan origen a esta solicitud.

Cordialmente,


SANDRA YOLIMA GOMEZ CONTRERA
C.C 1052391016.

Anexo: Relación de documentos que anexa el trabajador.

- Registro civil de nacimiento X

GTH-F-088 V03



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo 61143769
Serial

NUIP 1.073.258.851

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒	Notaría ☐	Número <input type="text"/>	Consulado ☐	Corregimiento ☐	Inspección de Policía ☐	Código J X T
---	----------------------------------	-----------------------------	------------------------------------	--	--	--------------

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

REGISTRADURIA DE MOSQUERA - COLOMBIA - CUNDINAMARCA - MOSQUERA

Datos del inscrito

Primer Apellido CARDENAS	Segundo Apellido GOMEZ
-----------------------------	---------------------------

Nombre(s)

ZARA GABRIELA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2021 Mes ABR Día 01 FEMENINO		O	POSITIVO

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	163772272

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

GOMEZ CONTRERAS SANDRA YOLIMA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.052.391.016	COLOMBIA

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

CARDENAS CAICEDO GABRIEL LEONARDO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.049.609.160	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

CARDENAS CAICEDO GABRIEL LEONARDO

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.049.609.160	

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 2021 Mes ABR Día 05	 WILLIAM GERMAN GUTIERREZ MELO (E) Nombre y firma

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación cc 1052391016 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

Esta certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

Se expide en Bogotá el 15/03/2023 08:20 PM

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS
COMUNICACIONES - MINTIC

Bogotá, 31 de Marzo de 2023

MIREYA PARRA PINTO

Subdirectora
Centro de Servicios Financieros
SENA - Regional Distrito Capital
Bogotá D.C.

Asunto: Autorización consulta Registro de Deudores
Alimentarios Morosos - REDAM

Estimado señor(a):

La suscrita **Sandra Yolima Gómez Contreras**, identificada con C.C. No. **1.052.391.016** de **Duitama** expedida el **20/06/2008**, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 2097 de 2021, al Servicio Nacional de Aprendizaje SENA con NIT. 899.999.034-1, a consultar mis datos personales en el Registro de Deudores Alimentarios Morosos- REDAM que administra el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones - MinTIC, durante mi vinculación contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar a partir del inicio de esta y mientras se encuentre vigente.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos y que se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en www.sena.edu.co, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Firma

Nombres y Apellidos: **Sandra Yolima Gómez Contreras**
C.C. **1.052.391.016 De Duitama**

