SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL DISTRITO CAPITAL
CENTRO DE SERVICIOS FINANCIEROS- BTÁ D.C

Código Regional	**11**
Código Centro	**940510**
Fecha Elaboración	**Marzo de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**16118-370408**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	EDICSON NIÑO AREVALO	**C.C.**	80.163.470	**IP/Nº de contacto**	0
Correo electrónico contratista:	enino07@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: DAVIVIENDA **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** NO

Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000: SI **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 0570006970551161

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

Nº del contrato: 4629942/2023 **Nº Compromiso SIIF** **42123**

Valor Total del Contrato	$ 9.555.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 7.507.500	**2**	**Del**	**01/03/2023**	**Al**	**31/03/2023**	**$ 4.095.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 3.412.500		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES CON PLENA AUTONOMÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA, PARA ORIENTAR LA FORMACIÓN DE COMPETENCIAS TRANSVERSALES EN LOS PROGRAMAS DE MODALIDAD VIRTUAL DE LA RED DE CONOCIMIENTO DE INSTITUCIONAL DE INTEGRA

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.095.000		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0,00%
			Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 4.095.000**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.171.700**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Marzo	**Febrero**			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**1053348283**	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.171.700,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.638.000	$ 1.160.000	Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.628.100,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 204.800	$ 145.000	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 262.100	$ 185.600	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL I	$ 8.600	$ 6.100	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 1.023.750	$ -		Reteica - 8299	35.047,00	0,966%
			-	0,00	
			-	0,00	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC $ 13.430.466	$ -		-	0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $ 13.430.466	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda $ 4.241.200	$ 2.088.059		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -				
Dependientes hasta $ 1.357.184	$ 409.500		Descuentos de Libranza	0,00	
Salud hasta $ 678.592	$ 678.592		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 110.837				
Retención en la Fuente Contingente	$ -		**VALOR A PAGAR**	**$4.059.953,00**	

SON: CUATRO MILLONES CINCUENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y TRES PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Obligación 1. Se dearrollo la planeación de la formación en las Fichas: (2672885 - 27 aprendices – 32.80 hrs) (2558726 - 25 aprendices 32.80 hrs) (2672894 - 25 aprendices – 22 hrs) (2672895 - 27 aprendices– 22 hrs) (2558692-1 - 26 aprendices– 45.60 hrs) (2558692-2 - 25 aprendices– hrs) (2558705-1 - 26 aprendices– hrs) Programa ADSO
Obligación 4. Ejecución de la formación en los programas ANÁLISIS Y DESARROLLO DE SOFTWARE de acuerdo a la planeación pedagógica propuesta para los mismos.Obligación 5. Participar en la programación y ejecución de las Fichas: (2672885 - 27 aprendices – 32.80 hrs) (2558726 - 25 aprendices – 32.80 hrs) (2672894 - 25 aprendices – 22 hrs) (2672895 - 27 aprendices– 22 hrs) (2558692-1 - 26 aprendices– 45.60 hrs) (2558692-2 - 25 aprendices– hrs) (2558705-1 - 26 aprendices– hrs) Programa ADSO
Obligación 16. Se presentan todos los certificados y soportes requeridos para el pago y gestión del contrato en el SECOP.

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.

EDICSON NIÑO AREVALO
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,

GIOVANNI AGUDELO FIQUE
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

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2023-03-13, 09:29:23 AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1053348283

Periodo Cotización 202302 **Periodo Servicio** 202302

Cliente:

PAGADA 2023-03-13

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	EDICSON NIÑO AREVALO				
Documento	CC 80163470	**Dirección**	CL 23B #119 B - 04		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	4181012		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 80163470		**Residente**		**Exonerado**	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	57	00					NINO AREVALO EDICSON	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																					**Extranjero**	**Tipo salario**	**Salario**	**Pensión**							**Salud**						**Riesgos**					**Caja**				**Parafiscales**			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
X															0	15	15	15	0			$ 1.160.000	230301		16 %	$ 580.000	$ 92.800	$ 0	$ 0	EPS008		12,5 %	$ 580.000	$ 72.500	$ 0	14-23	1	0,522 %	$ 580.000	$ 3.100	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	COMPENSAR EPS	POSITIVA DE SEGUROS	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 92.800	$ 0	$ 0	$ 72.500	$ 3.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 168.400

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Bogotá, 31 de marzo de 2023

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 empleado contribuyente y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el parágrafo cuarto del artículo segundo del Decreto 0099 de 2013, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

R.C.	1016916068	MARIA SOFIA NIÑO ORTIZ	**HIJA**

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

EDICSON NIÑO AREVALO

C.C. 80.163.470 de Bogotá

Bogotá, 31 de marzo de 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 Articulo 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:

Niño Ortiz María Sofía	**RC 1016916068**	**Calidad del Dependiente** **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,

EDICSON NIÑO AREVALO
CC 80.163.470

Anexo: Relación de documentos que anexa el trabajador.

- Registro civil de nacimiento __x__
- Certificado de estudios. ____
- Certificado contador público. ____
- Certificado medicina legal. ____

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1016916068

Indicativo Serial 35756486

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A 4 F

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. NOTARIA 41 BOGOTA DC

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
NIÑO	ORTIZ

Nombre(s)

MARIA SOFIA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2018 Mes FEB Día 14	FEMENINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Numero certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	14382543-2

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

ORTIZ DIAZ DIANA MARCELA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1014194282	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

NIÑO AREVALO EDICSON

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 80163470	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

NIÑO AREVALO EDICSON

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 80163470	

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

Año 2018 Mes FEB Día 15

Nombre y firma del funcionario que autoriza

Alirio Virviescas Calvete
Notario 41 en Propiedad
ALIRIO VIRVIESCAS CALVETE
Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Nombre y Firma

EDDI ALBERTO COR... DECR...

ESPACIO PARA NOTAS

Angela Sirle... Oyorga Ponse... CC 52... de...

Eddi Alberto Correa Carreño
CC 80.073.865

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Esta hoja tiene un código QR... su trazabilidad. Ingrese por su computadora o smartphone (teléfono inteligente) a un Espa...

not@ría 41
NOTARÍA 41 DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ, D.C.
Cra 15 No. 75-09 Bogotá D.C. PBX 212 [illegible] Tel: 8141441 Fax: 321 8[illegible]74
notaria41avc@gmail.com - notaria41avc@yahoo.com - notaria41bogota.com
Página web www.notaria41bogota.com

Nº 14562

compensar | salud
Plan Complementario

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

El(la) señor(a) EDICSON NINO AREVALO identificado(a) con Cedula Ciudadania No. 80163470, funcionario(a) de COLOMBIA TELECOMUNICACIONES S A E S P, tiene un contrato de PC ESPECIAL CON POS con COMPENSAR EPS, por el cual ha cancelado la suma de DOS MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA Y UN MIL TRESCIENTOS PESOS ($2.841.300,00)

A continuación se relacionan los pagos efectuados desde el 20220701 a la fecha.

.

Número de Recibo	Fecha de Pago	Valor Pagado
18240990	20220803	$ 395,640
18244253	20220827	$ 395,640
18244254	20221007	$ 395,640
18244255	20221107	$ 395,640
18244256	20221206	$ 395,640
18244257	20230116	$ 395,640
19200595	20230209	$ 467,460
Total		**$ 2,841,300**

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), en Bogotá a los 22 días del mes de febrero de 2023.

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS. Cualquier aclaración, con gusto será atendida en nuestra Línea de Atención de Servicios de Salud (601) 3078088, exclusiva para Plan Complementario Especial y Plan Complementario Vital.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO COMPENSAR

CER-PAS 12970292

VIGILADO Supersalud

VIGILADO SuperSubsidio

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):

El suscrito ***EDICSON NIÑO AREVALO***, identificado con C.C. No. ***80.163.470*** *de* ***Bogotá*** expedida el ***31 de octubre de 2001***, 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: **EDICSON NIÑO AREVALO**
C.C. 80.163.470 de BOGOTÁ

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES

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 80163470 **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 09:57 AM

_____

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC