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 GESTION ADMINISTRATIVA-BTA D C - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION

Código Regional	**11**
Código Centro	**940410**
Fecha Elaboración	**Marzo de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**51973-038558**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	MARISOL SANDOVAL SANCHEZ	**C.C.**	52.206.145	**IP/Nº de contacto**	3213601453
Correo electrónico contratista:	msandoval5@misena.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 ?** SI

Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000: NO **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 8970127141

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: 4505303/2023 **Nº Compromiso SIIF** **20023**

Valor Total del Contrato	$ 20.145.050	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 16.116.040	**2**	**Del**	**01/03/2023**	**Al**	**31/03/2023**	**$ 4.029.010,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 12.087.030		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

Prestar servicios personales de carácter temporal, orientando la Formación Profesional Integral, de acuerdo con la programación definida por el Centro de Gestión Administrativa para las jornadas diurna, nocturna, madrugada y fines de semana en su sede principal, subsede y organizaciones, ejecutando acciones bajo la modalidad presencial para Formación Titulada y/o Formación Complementaria

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.029.010		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	2,86%
			Retencion en la Fuente del Periodo	$ 135.764
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 4.029.010			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 8.058.020**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 4.743.689**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 135.764**

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

	Marzo	**Febrero**
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**66245791**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.611.604	$ 1.611.604
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 201.500	$ 201.500
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 257.900	$ 257.900
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 8.500	$ 8.500
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 2.014.505	$ -	
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	$ 257.900	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 201.500	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 8.500	
Dependientes hasta $ 1.357.184	$ 805.802	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 1.581.230	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	4.743.689,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.569.610,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	135.764,00	2,86%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299	34.482,00	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	**$3.858.764,00**	

SON: TRES MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL SETECIENTOS SESENTA Y CUATRO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Atender la formación presencial de aprendices en el área específica del respectivo programa de formación, en las fases o Competencias
Orientar y apoyar a los aprendices en el desarrollo de proyectos formativos y/o productivos en las respectivas etapas de formación.
Garantizar la actualización de los contenidos y tecnologías, de las fases o Competencias en las cuales se desarrolla la formación de l
Así mismo, de acuerdo con el área de desempeño para la cual fue seleccionado deberá orientar la formación, para desarrollar en los apr
Aplicar durante el periodo de duración del contrato, al proceso de certificación de competencias segúnnormas de competencias que aplic
Cumplimiento oportuno con las entregas de los distintos formatos y documentos requeridos en el proceso administrativo; así como el car
Cumplimiento del manual, estándares y lineamientos vigentes para la orientación de procesos de formación a través de ambientes virtual
Participar en las actividades de seguridad y salud en el trabajo programadas por el Centro y acoger las recomendaciones establecidas e
Orientar, apoyar, acompañar y asesorar en forma permanente e integral a los aprendices en el proceso de formación, incluyendo la formu

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.

MARISOL SANDOVAL SANCHEZ
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,

ADRIANA PATRICIA BALLEN SUAREZ
INSTRUCTOR G11

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

WAINE ANTONY TRIANA ALBIS
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52206145	MARISOL SANDOVAL SANCHEZ	CL 67 BIS 17 B 90	7650441	ADMINISTRACIONMSS@GMAIL.COM	
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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-02	2023-02	I	10/03/2023	66245791	$467.900	

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	201.500	0		0		0	0	0	0	201.500	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	257.900	0	0	0	0	0	0		257.900	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	8.500				8.500	0	0	8.500			85	8.500	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	201.500	201.500
Pensión	1	257.900	257.900
Riesgos Laborales	1	8.500	8.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	467.900	467.900

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52206145	MARISOL SANDOVAL SANCHEZ		CL 67 BIS 17 B 90	7650441	ADMINISTRACIONMSS@GMAIL.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	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-02	2023-02	I	10/03/2023	66245791	$467.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																			PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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	52206145	SANDOVAL SANCHEZ MARISOL	57	0			N																	25-14	1.611.604	257.900	0	0	0	0	EPS008	1.611.604	201.500	14-23	1.611.604	1	8.500		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Bogotá, 14 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:

T.I.	**1034397028**	**FABIAN MAURICIO IZAQUITA SANDOVAL**	**HIJO**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Hijo entre 18 y 23 años, y me encuentro financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES ' o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados

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: _MARISOL SANDOVAL SANCHEZ _

C.C. _ 52.206.145_____


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
1.034.397.028
ZAQUITA SANDOVAL
ABIAN MAURICIO
fabian


FECHA DE NACIMIENTO 28-JUN-2004
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.69
ESTATURA
O+
G.S. RH
M
SEXO
11-JUL-2022 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
INDICE DERECHO

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1034397028

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 37183470

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 13 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A Z C

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C

Datos del inscrito

Primer Apellido: IZAQUITA Segundo Apellido: SANDOVAL

Nombre(s): FABIAN MAURICIO

Fecha de nacimiento: Año 2004 Mes JUN Día 28 Hora del Nacimiento: NACIDO VIVO Número Manglares: 0 Sexo: MASCULINO

Lugar de nacimiento - País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C

Tipo de documento antecedente o Certificado de nacido vivo: CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo: A 5777591

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: SANDOVAL SANCHEZ MARISOL

Documento de Identificación (Clase y número): C.C.No.52.206.145 DE BOGOTA D.C

Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: IZAQUITA HIGUERA DANIEL MAURICIO

Documento de Identificación (Clase y número): C.C.No.79.369.290 DE BOGOTA D.C

Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: IZAQUITA HIGUERA DANIEL MAURICIO

Documento de Identificación (Clase y número): C.C.No.79.369.290 DE BOGOTA D.C

Firma

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):

Fecha de inscripción: Año 2004 Mes JUN Día 29

Nombre y Firma del funcionario autorizado: ROBERTO MARTINEZ RUBIO

Firma del Inscrito: DANIEL MAURICIO IZAQUITA HIGUERA

Nombre y Firma del funcionario autorizado: ROBERTO MARTINEZ RUBIO

L.V.I 147 Fol. No 369

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Universidad del Rosario

EL SUSCRITO DIRECTOR DE LA OFICINA DE
REGISTRO Y CONTROL ACADÉMICO DE LA

UNIVERSIDAD DEL ROSARIO

COLEGIO MAYOR DE NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO - 1653
Personería Jurídica Res. 58 de Septiembre 16 de 1895
NIT. 860.007.759-3

CERTIFICA:

Que **FABIAN MAURICIO IZAQUITA SANDOVAL** identificado con Tarjeta de Identidad No. 1034397028, se encuentra actualmente **MATRICULADO**, cursa el **SEXTO** periodo académico en el programa de **LICENCIATURA EN FILOSOFIA** en este Colegio Mayor durante el primer periodo académico de 2023.

El estudiante adelanta un programa desarrollado en un horario diurno de Lunes a Viernes de 7:00 a.m. a 4:00 p.m. con una intensidad de 28 horas semanales. El programa tiene una duración de 161 créditos académicos.

El periodo de vacaciones inicia el 04 de junio de 2023 y finaliza 26 de julio de 2023.

El periodo lectivo del presente periodo académico inicia 30 de enero de 2023 y finaliza 03 de junio de 2023.

El valor de la matrícula para el primer periodo académico de 2023 es de doce millones quinientos sesenta y ocho mil m/cte ($12.568.000).

El estudiante Fabian Mauricio Izaquita Sandoval está vinculado a esta Universidad desde el primer periodo académico del 2021.

Dado en Bogotá D.C., a los (23) veintitrés días del mes (02) febrero de (2023) dos mil veintitrés.

FRANCISCO JAVIER GARCÍA C
Director Oficina de Registro Académico

Código Seguro De Verificación:	[illegible]	Estado	Fecha y hora
Firmado Por	Francisco Garcia Camargo	Firmado	23/02/2023 10:43:31
Observaciones		Página	1/1
Url De Verificación	https://firma.serpro.gob.co/verificador/verifica.xhtml [illegible]		