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-BTA D C - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION

Código Regional	**11**
Código Centro	**940510**
Fecha Elaboración	**Mayo de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**05675-302149**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	ALEIDA MANCIPE MARTIN	**C.C.**	52.811.779	**IP/Nº de contacto**	12129
Correo electrónico contratista:	amancipem@sena.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 COLPATRIA **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** 4542216102

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: 4531242/2023 **Nº Compromiso SIIF** **18223**

Valor Total del Contrato	$ 29.074.500	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 16.789.500	**4**	**Del**	**01/05/2023**	**Al**	**31/05/2023**	**$ 4.095.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 12.694.500		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 TÉCNICAS EN LOS PROGRAMAS DE MODALIDAD VIRTUAL DE LA RED DE CONOCIMIENTO DE LOGÍSTICA Y GESTIÓN DE LA PRO

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	**$ 2.407.500**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Mayo	Abril
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**9450903498**
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 I	$ 8.600	$ 8.600
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 / $ 1.023.750	$ -	
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	$ 409.500	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 802.500	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.407.500,00	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	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299	0,00	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	**$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 desarrolla la planeación de los procesos formativos del programa gestión logística de las fichas asignadas: 1966024, 2024568, 2053108, 2282642, 2282666, 2348811
Obligación 2 : Cumplir con los lineamientos establecidos en la Guía Orientación Formación ambientes virtuales de aprendizaje -GFPI-G-0 014 vs.4: “Cumplir con la Ejecución de la Formación que se asigne para el acompañamiento de aprendices en Ambientes Virtuales de Apren
Obligación 5: Se realizó seguimiento y evaluación a los aprendices tanto en la etapa productiva, de acuerdo con los realizando el registro oportuno de la información educativa en los aplicativos dispuestos por la entidad.
Obligación 7: Se garantiza el registro oportuno de los juicios de evaluación de aprendices de las siguientes Fichas: 1966024, 2024568, 2053108, 2282642, 2282666, 2348811
Obligación 12: Se realizo sesiones en línea sobre los parámetros etapa productiva

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.

ALEIDA MANCIPE MARTIN
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,

JUAN CAMILO PULGARIN VANEGAS
INSTRUCTOR G08

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

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52811779		MANCIPE MARTIN ALEIDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cll 67g No 66 a 29	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2254523	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-04	2023-04	2081743807	9450903498	I	2023/05/18	2023/05/15	SCOTIABANK COLPATRIA	0	$475,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					**$1,638,000**	**$262,100**			**$1,638,000**	**$204,800**			**$0**	**$0**			**$1,638,000**		**$8,600**		**$0**	**$0**		**$475,500**
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					**$1,638,000**	**$262,100**			**$1,638,000**	**$204,800**			**$0**	**$0**			**$1,638,000**		**$8,600**		**$0**	**$0**		**$475,500**
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																					**$1,638,000**	**$262,100**			**$1,638,000**	**$204,800**			**$0**	**$0**			**$1,638,000**		**$8,600**		**$0**	**$0**		**$475,500**
1	CC	52811779 MANCIPE ALEIDA							X										23090 1	30	$1,638,000	$262,100	EPS008	30	$1,638,000	$204,800		0	$0	$0	14-23	30	$1,638,000	0.522%	$8,600	0	$0	$0	No	$475,500
Total	**Afiliados(1)**																				$1,638,000	$262,100			$1,638,000	$204,800			$0	$0			$1,638,000		$8,600		$0	$0		$475,500

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52811779		MANCIPE MARTIN ALEIDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cll 67g No 66 a 29	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2254523	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-04	2023-04	2081743807	9450903498	I	2023/05/18	2023/05/15	SCOTIABANK COLPATRIA	0	$475,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$262,100	$0	$0	$262,100
SKANDIA	230901	800,253,055	2	1	$262,100	$0	$0	$262,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$8,600	$0	$0	$8,600
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$8,600	$0	$0	$8,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$204,800	$0	$0	$204,800
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$204,800	$0	$0	$204,800
TOTAL				**1**	**$475,500**	**$0**	**$0**	**$475,500**

CERRTIFICACION DEPENDIENTES

Bogotá, 31 de Mayo del 2023

Señores
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.	**1020329726**	**Maria Paula Valles Mancipe**	**HIJA**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:asw

- 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: Aleida Mancipe Martin

C.C. 52811779 de Bogotá

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1025329726

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial **54338651**

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número 37 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código 3360

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección de Policía
COLOMBIA CUNDINAMARCA-BOGOTA D.C

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
VALLES	MANCIPE

Nombre(s)
MARIA PAULA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2017 Mes JUN Día 14	FEMENINO	A	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección)
COLOMBIA CUNDINAMARCA-BOGOTA D.C

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	141538186-3

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos
MANCIPE MARTIN ALEIDA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 52.811.779 BOGOTA D.C	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos
VALLES DUARTE PABLO ALEXANDER

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 79065867 LA MESA	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos
VALLES DUARTE PABLO ALEXANDER

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. 79065867 LA MESA	

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
33 ★ ★ 33

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario
Año 2017 Mes JUL Día 18	NOTARIA DIANA BEATRIZ BOGOTA D.C

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -