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	**17 de Mayo de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**93266-167739**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	LILIANA PENTALFA GUERRERO	**C.C.**	20.927.912	**IP/Nº de contacto**	3112915156
Correo electrónico contratista:	lipguerrero@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: BANCOLOMBIA **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** 24145857801

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: 4505129/2023 **Nº Compromiso SIIF** **9023**

Valor Total del Contrato	$ 20.145.050	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 8.058.020	**4**	**Del**	**01/05/2023**	**Al**	**31/05/2023**	**$ 4.029.010,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 4.029.010		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°	0,00%
			Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 4.029.010**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.368.657**		**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	----------	**7876438481**
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 / $ 1.007.252	$ -	
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	$ 402.901	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 789.552	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.368.657,00	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	0,00	0,00%
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	**$3.994.528,00**	

SON: TRES MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS VEINTIOCHO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Orientar Formación Profesional Integral a los aprendices según programación de fichas
Acompañamiento a los aprendices en el desarrollo de procesos formativos y/o productivos
Actualizar contenidos y tecnologías en las diversas competencias del programa de formación
Elaboración y entrega de formatos y documentos requeridos en el proceso académico administrativo

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.

LILIANA PENTALFA GUERRERO
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 PILAR POVEDA CORTES
INSTRUCTOR G20

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

NURY PATRICIA MALDONADO ZARATE
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	20927912
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			LILIANA PENTALFA GUERRERO
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 75 89 B 09	TELÉFONO:	5177159
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de tecnologías
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7876438481**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2023	SALUD:	AÑO:	2023
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2023/05/16	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		3005708864

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800253055	230901	230901-SKANDIA OBLIGATORIO	1	$ 262.000
SUBTOTAL:			1	**$ 262.000**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 204.700
SUBTOTAL:			1	**$ 204.700**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 8.700
SUBTOTAL:			1	**$ 8.700**

TOTAL PAGADO:	**$ 475.400**

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 17 de Mayo 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 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.	**1016021038**	**Ana Mercedes Renteria Guerrero**	**HIJO**
T.I.	**1188218227**	**Maria Camila Barbosa Guerrero**	**HIJO**

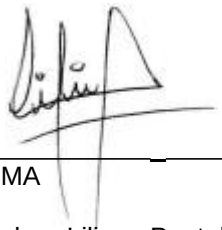
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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: Liliana Pentalfa Guerrero

C.C 20.927.912 de Silvania

REPÚBLICA DE COLOMBIA

1026

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCION NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1016021038

Indicativo Serial 42128834

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

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

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

REGISTRADURIA DE FONTIBON BOGOTA DC COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA DC

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
RENTERIA**********	GUERRERO**********

Nombre(s)

ANA MERCEDES**********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2007 Mes AGO Día 20	FEMENINO********	O******	+ ****

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA DC**********

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO**********	A8215996**********

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

GUERRERO LILIANA PENTALFA**********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 0020927912**********	COLOMBIA**********

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

RENTERIA REALES NILSON DONMER**********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 0011805207**********	COLOMBIA**********

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

RENTERIA REALES NILSON DONMER**********

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CEDULA DE CIUDADANIA 0011805207**********	Nilson D. Rentería Reales

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 2007 Mes OCT Día 04	EDGAR SIERRA NIETO********** Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Nilson D. Rentería Reales Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

ESTE REGISTRO ES COPIA TOMADA DEL ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA OFICINA. SE EXPIDE SIN NOTAS DE ACUERDO CON EL ARTICULO 115 DEL DECRETO LEY 1260 DE 1.970. SIN SELLO SEGÚN ART. 11 DEL DECRETO 2150 DE 1.995. TIENE VALIDEZ PERMANENTE ART. 2 DECRETO 2189 DE 1983.

COPIA VALIDA PARA PARENTESCO

Fecha de expedición: 06 ENE 2015

FERNANDO FERNANDEZ GUTIERREZ
Registrador Auxiliar de Fontibón

La democracia es nuestra huella

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

23

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1.188.218.227

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 52587791

52587791

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código E K Z

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

REGISTRADURIA DE BOGOTA CLINICA UNIVERSITARIA DE COLOMBIA - COLOMBIA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
BARBOSA	GUERRERO

Nombre(s)

MARIA CAMILA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2012 Mes NOV Día 20	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	11720993-8

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

GUERRERO LILIANA PENTALFA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 20.927.912	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

BARBOSA PANCHE GUILLERMO ANTONIO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 82.393.337	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

BARBOSA PANCHE GUILLERMO ANTONIO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 82.393.337	

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 2012 Mes NOV Día 21	ERIKA YANETH MARTINEZ DE LA CRUZ Nombre y firma

Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

21.NOV.2012 - LIBRO DE VARIOS - TOMO 25 FOLIO 0116.

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

ES FIEL COPIÁ DEL ORIGINAL, ART. 115 DCTO 1260/70 y ART. 1° DCTO 278/72. **PARA ACREDITAR PARENTESCO.** EXENTO DE SELLO (ART. 11 DCTO 2150/95). VALIDEZ PERMANENTE (ART. 1° DCTO 2189/83
ASOLICITUD DE Guillermo Barbosa C.C. 82.393.337
BOGOTA D.C. LOCALIDAD 13.

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Fecha: 22 NOV. 2012

ERIKA YANETH MARTINEZ DE LA CRUZ
REGISTRADOR – AUXILIAR DEL ESTADO CIVIL TEUSAQUILLO