

 <p>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</p>	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 Mayo de 2023 Versión ENERO 2023 - 1,23 ID de Proceso 16595-524650
	DATOS DEL CONTRATISTA		
	Nombres y apellidos contratista: LUZ STELLA MANRIQUE BLANCO Correo electrónico contratista: lsmanique49@misena.edu.co		C.C. 52.121.094 IP/N° de contacto 3124623079
	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 Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a \$53'206.000: NO Inducción SST SI Presta Servicios Excluidos de IVA ? SI Tipo de cta AHORROS N° Cuenta 24011708906
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: 4503171/2023 Valor Total del Contrato \$ 20.145.050 Saldo Anterior del Contrato \$ 8.058.020 Nuevo Saldo del Contrato \$ 4.029.010		N° Compromiso SIIF 17923 Periodo objeto de pago Del 01/05/2023 Al 31/05/2023 Legalización comisiones del periodo \$ 0,00	
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción 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 Ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ 0 TOTAL INGRESOS DEL PERIODO \$ 4.029.010 BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 2.368.657		Tarifa de Retención en la Fuente ART 383° 0,00% Retención en la Fuente del Periodo \$ 0 Menos, Retefuente Otros Ingresos \$ 0 TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO \$ 0	
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR			
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS Mayo 67738378		Base retención en la fuente a título de RENTA 2.368.657,00 Base retención en la fuente a título 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 Retención 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	
Ingreso Base de Cotización - IBC \$ 1.611.604 Aporte obligatorio a seguridad social salud \$ 201.500 Aporte obligatorio a seguridad social Pensión \$ 257.900 Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional \$ - ARL \$ 8.500 Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias \$ 8.835.833 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 Salud hasta \$ 678.592 Renta Exenta 25% \$ 2.792.123 Retención en la Fuente Contingente \$ -			
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 los 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 y 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.		LUZ STELLA MANRIQUE BLANCO 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 BALEN 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			
NURY PATRICIA MALDONADO ZARATE SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)			

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	
2023-04	2023-04	I	15/05/2023	67738378	\$468.000	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	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	258.000	0	0	0	0	0	0		258.000	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	258.000	258.000
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	468.000	468.000

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52121094	LUZ STELLA MANRIQUE BLANCO		CRA 10 50 A 46 SUR	4613552	lsmanrique6@hotmail.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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2023-04	2023-04	I	15/05/2023	67738378	\$468.000

DETALLE POR COTIZANTE																																																	
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES														
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjugo	Exonerado	Columna exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SILN	IOE	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari 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	52121094	MANRIQUE BLANCO LUZ STELLA	59	0		N																			25-14	1.612.000	258.000	0	0	0	0	0	EPS005	1.612.000	201.500	14-23	1.612.000	1	8.500		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Bogotá, 17 de Mayo de 2023

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIAJE (SENA)

Ciudad Bogotá

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.	NOMBRE	APELLIDO	HIJO
1.011.088.836	PAULA ANDREA	CARDONA MANRIQUE	X
1.188.223.182	SARA VALENTINA	CARDONA MANRIQUE	X

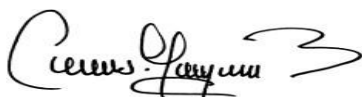
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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: Luz Stella Manrique Blanco
C.C. 52.121.094 de Bogotá

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

NUIP 1011088836

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 39990108

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐	Notaría ☒	Número 39	Consulado ☐	Corregimiento ☐	Inspección de Policía ☐	Código A 1 F
--	---	-----------	------------------------------------	--	--	--------------

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTÁ D.C.

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
CARDONA	MANRIQUE
Nombre(s)	
PAULA ANDREA	
Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)
Año 2005 Mes OCT Día 21	FEMENINO
Grupo Sanguíneo	Factor RH
A	NEGATIVO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)	
COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTÁ D.C.	

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO CLI. PALERMO	A6756236

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos
MANRIQUE BLANCO LUZ STELLA
Documento de identificación (Clase y número)
C.C. No 52121094
Nacionalidad
COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos
CARDONA JOSE IVAN
Documento de identificación (Clase y número)
C.C. No 79636849
Nacionalidad
COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos
CARDONA JOSE IVAN
Documento de identificación (Clase y número)
C.C. No 79636849
Firma
<i>Jose Ivan Cardona</i>

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 2005 Mes OCT Día 24	<i>Jesus Lima</i>
	Nombre y firma

32. Lugar y fecha de expedición

Bogotá 2005 10 24

Firma y No. de tarjeta profesional y registro

MAURICIO SARMIENTO GINECOOBSTETRA R.M. 25675-38

ORIGINAL PARA I

SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

NUIP 1.188.223.182

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial 152602839

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒ Notaría ☐ Número ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código E K Z

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

REGISTRADURIA DE TEUSAQUILLO - CL UNIVERSITARIA DE COLOMBIA - COLOMBIA

Datos del inscrito

Primer Apellido CARDONA Segundo Apellido MANRIQUE
Nombre(s) SARA VALENTINA
Fecha de nacimiento Año 2016 Mes FEB Día 03 Sexo (en letras) FEMENINO Grupo sanguíneo O Factor RH NEGATIVO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección) COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO Número certificado de nacido vivo 13647695-6

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos MANRIQUE BLANCO LUZ STELLA
Documento de identificación (Clase y número) CC 52.121.094 Nacionalidad COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos CARDONA JOSE IVAN
Documento de identificación (Clase y número) CC 79.636.849 Nacionalidad COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos CARDONA JOSE IVAN
Documento de identificación (Clase y número) CC 79.636.849 Firma José Iván Cardona

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos
Documento de identificación (Clase y número) Firma

Datos segundo testigo

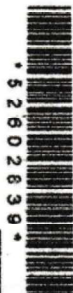
Apellidos y nombres completos
Documento de identificación (Clase y número) Firma

Fecha de inscripción Año 2016 Mes FEB Día 04
Nombre y firma del funcionario que autoriza MARIO LUIS HINESTROZA ORTIZ - REG

Reconocimiento paterno
Firma José Iván Cardona
Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

ESPACIO PARA NOTAS

04.FEB.2016 - LIBRO DE VARIOS - TOMO 38 FOLIO 0053.



ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

