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	**54286-242706**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	ANA VITALIA FIGUEROA MELO	**C.C.**	51.933.838	**IP/Nº de contacto**	3143233558
Correo electrónico contratista:	avfigueroa8@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: SCOTIABANK COLPATRIA **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** 4292001935

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:	4504251/2023		**Nº Compromiso SIIF**	**16723**	
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)

IPrestar 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	----------	**7876945268**
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

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.
Orientar la formación, para desarrollar en los aprendices las competencias del programa.
Aplicar durante el periodo de duración del contrato, al proceso de certificación de competencias según normas de competencias
Cumplimiento oportuno con las entregas de los distintos formatos y documentos requeridos en el proceso administrativO
Cumplimiento del manual, estándares y lineamientos vigentes para la orientación de procesos de formación
Orientar, apoyar, acompañar y asesorar en forma permanente e integral a los aprendices en el proceso de formación,
Participar en las diferentes actividades programadas por el Centro de Formación, encaminadas al fortalecimiento del proceso

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.

ANA VITALIA FIGUEROA MELO
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

NURY PATRICIA MALDONADO ZARATE
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	51933838
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ANA VITALIA FIGUEROA MELO
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CARRERA 51 N 123 A 53 APT 303	TELÉFONO:	8009579
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otros trabajos de edición.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**7876945268**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	abril AÑO 2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES abril	AÑO 2023
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2023/05/08	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		2068475770

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 262.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 262.400	$ 0	$ 262.400
SUBTOTALES:										**$ 262.400**	**$ 0**	**$ 262.400**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS008	EPS008-COMPENSAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 205.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 205.000	$ 0	$ 0	$ 205.000
SUBTOTALES:													**$ 205.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 205.000**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 8.600	$ 8.600	$ 0	$ 0	$ 8.600
SUBTOTALES:									**$ 8.600**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 8.600**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	$ 32.800	$ 0	$ 32.800
SUBTOTALES:			**$ 32.800**	**$ 0**	**$ 32.800**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES							
																									PENSIÓN								SALUD						ARP														
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
																														SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO																		

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:

C.C.	**1000180589**	**SARA SOFIA ARDILA FIGUEROA**	**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: ANA VITALIA FIGUEROA MELO
C.C. 51933838

0443e8a5c0d4ec65e318d1498dee463a756f8998c86a277f8fc581088b33b73dc032b813e2d81ff4aa4ee17787800f05

FUNDACION UNIVERSITARIA SANITAS
NIT 830113458 - 6
AC 100 11B 67 BOGOTA, BOGOTA D.C. Colombia PBX.6466060 Fax.
Somos Grandes Contribuyentes de Impuestos Distritales de Bogotá según resolución N° DDI-010761 de Marzo 30 de 2016,
Res Dian No.18764030199949 del 16-06-2022 Autoriza Factura Electronica del 4326-5001 al 4326-15000 Vig.12 Meses
Codigo Actividad Económica 8543 - Tarifa ICA 9,66 x 1000

Servicios excluidos del IVA, numeral 5 del artículo 476 del E.T.

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA	FECHA DE GENERACION	HORA
	30-12-2022	08:56:14
4326-10088	FECHA DE EXPEDICIÓN	HORA
	30-12-2022	11:52:34

ESTA FACTURA SE ASIMILA EN TODOS SUS EFECTOS A UNA LETRA DE CAMBIO SEGÚN ART. 774 DEL CODIGO DE COMERCIO

SEÑORES **SARA SOFÍA ARDILA FIGUEROA**

Documento de Identificacion
Tipo **C.E** No **1000180589**

CONDICIONES DE PAGO		FECHA DE VENCIMIENTO		
Credito	Contado	DD	MM	AAAA
	X			

MEDIO DE PAGO	PAGAR ANTES DE		
	30	12	2022
No DE ORDEN DE COMPRA	DD	MM	AAAA
1 61424			

Dirección / Sucursal: **Cr. 51#123a-53 apto 303, barrio Batán**
Ciudad: **Bogotá D.C.**
Teléfono:

PRODUCTO	DESCRIPCION	UDM	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	DESCTO	%IVA	IVA	VR.TOTAL
103	1-103_MATRICULA PREGRADO PSICOLOGIA	EA	1	$5,549,500.00	0.00	0	$0.00	$5,549,500.00

Observaciones : PRIMER PERIODO ACADEMICO 2023

Total de ítems: 1

SON : CINCO MILLONES DOSCIENTOS SETENTA Y DOS MIL VEINTICINCO PESOS***

TOTAL BRUTO	**$ 5,549,500.00**
ANTICIPO	**$ 0.00**
DESCUENTOS	**$ 277,475.00**
SUBTOTAL	**$ 5,272,025.00**
IVA TOTAL	**$ 0.00**
TOTAL A PAGAR	**$ 5,272,025.00**

Si esta factura no es pagada dentro del plazo fijado, causara interes de mora a la tasa maxima legal vigente permitida

Emisor:

Elaborado por:SINU_CARTERA

Firma: _____

Nombre: _____

Firma de quien revisa:

_____

Datos de quien recibe a conformidad

Firma: _____

Nombre: _____

No documento de identidad: _____

Fecha de Recibido (dd/mm/aa): _____

Proveedor Tecnológico: Transfiriendo S.A / Software iFactura / Nit: 900032159-4

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

1.000.180.589

NUIP A2J-0250.667

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 33218184

33218184

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 63 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** 1073

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

COLOMBIA-CUNDINAMARCA-BOGOTA D.C.

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ARDILA	FIGUEROA

Nombre(s)

SARA SOFIA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2001 Mes 04 Día 18	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 DE NACIDO VIVO	A 3091609

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

FIGUEROA MELO ANA VITALIA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 51.933.838 DE BOGOTA D.E.	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

ARDILA SANCHEZ CARLOS FRANCISCO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 19.304.416 DE BOGOTA D.E.	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

ARDILA SANCHEZ CARLOS FRANCISCO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. No. 19.304.416 DE BOGOTA D.E.	Y CARLOS FRANCISCO ARDILA

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 2001 Mes 05 Día 18

Nombre y firma del funcionario que autoriza

VICTORIA C. SAAVEDRA S.
Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Y CARLOS FRANCISCO ARDILA
Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

VICTORIA C. SAAVEDRA S.
Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

IMPRESO POR PANAMERICANA FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800.175.457-5

REPÚBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACIÓN PERSONAL

CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.000.180.589

ARDILA FIGUEROA

APELLIDOS

SARA SOFIA

NOMBRES

Sara Ardila

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **18-ABR-2001**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

15-MAY-2019 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-1500150-01077727-F-1000180589-20190626 **00656**04653A 1 1975479046