

 <p>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</p>	<p align="center">FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES</p> <p align="center">REGIONAL DISTRITO CAPITAL</p> <p align="center">CENTRO DE GESTION INDUSTRIAL -BTA D C - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION</p>		<p>Código Regional</p>	<p align="center">11</p>
			<p>Código Centro</p>	<p align="center">921110</p>
			<p>Fecha Elaboración</p>	<p align="center">Junio de 2023</p>
			<p>Versión</p>	<p align="center">ENERO 2023 - 1,23</p>
			<p>ID de Proceso</p>	<p align="center">34534-832560</p>

DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista: Correo electrónico contratista:	JENNY CAROLINA DUEÑAS MUÑOZ jenny7@misena.edu.co	C.C.	1.012.369.641	IP/N° de contacto
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	Pertenece al régimen simple de tributación?	NO	Es declarante de renta?
			NO	Es Pensionado?
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA	Inducción SST	SI	Presta Servicios Excluidos de IVA ?
			NO	NO
Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a \$53'206.000:	NO	Tipo de cta	AHORROS	N° Cuenta
			10053291975	
			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:	4528021/2023	N° Compromiso SIIF	5623	
Valor Total del Contrato Saldo Anterior del Contrato Nuevo Saldo del Contrato	\$ 16.068.000 \$ 8.034.000 \$ 6.025.500	N ° Pago 5	Periodo objeto de pago Del 01/06/2023 Al 30/06/2023 Legalización comisiones del periodo	Valor Bruto Pago \$ 2.008.500,00 \$ 0,00

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	Prestar los servicios profesionales de carácter temporal, para impartir formación profesional integral, según programación establecida en los diferentes niveles de formación de acuerdo a las competencias requeridas en cada uno de los programas de titulada y/o complementaria y demás actividades derivadas de formación que se le asignen , aplicando las metodologías y criterios técnico
---	--

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios Ingresos de otros meses cobrados en el mes TOTAL INGRESOS DEL PERIODO BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 2.008.500 \$ 0 \$ 2.008.500 \$ 1.086.563	Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383° Retencion en la Fuente del Periodo Menos, Retefuente Otros Ingresos TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	0,00% \$ 0 \$ 0 \$ 0	

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR					
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS Ingreso Base de Cotización - IBC Aporte obligatorio a seguridad social salud Aporte obligatorio a seguridad social Pensión Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional ARL III Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias Intereses Prestamo de Vivienda 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 Salud hasta Renta Exenta 25% Retención en la Fuente Contingente	Junio ----- \$ 1.160.000 \$ 145.000 \$ 185.600 \$ - \$ 28.300 \$ - \$ - \$ - \$ - \$ - \$ - \$ 1.357.184 \$ 678.592 \$ 2.792.123 \$ -	Mayo 7879910635 \$ 1.160.000 \$ 145.000 \$ 185.600 \$ 0 \$ 28.300 \$ - \$ - \$ - \$ - \$ - \$ - \$ 200.850 \$ - \$ 362.188 \$ -	Base retención en la fuente a titulo de RENTA Base retención en la fuente a titulo de ICA Valor base IVA IVA (Si es RESPONSABLE) Menos Retención en la Fuente Menos Retencion IVA Reteica - 8299 Otras Retenciones Otras Retenciones Otras Retenciones Otras Retenciones Descuentos de Libranza Descuentos de embargo (Si tiene) VALOR A PAGAR	1.086.563,00 1.677.900,00 0,00 0,00 0,00 0,00 16.209,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 \$1.992.291,00	TARIFA 19% 0,00% 15% 0,966% 0,000% 0,000% 0,000% 0,000%

SON: UN MILLÓN NOVECIENTOS NOVENTA Y DOS MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y UN PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO	
Direccionar competencias de Elaborar producto químico y Preparar para el análisis	

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.	JENNY CAROLINA DUEÑAS MUÑOZ 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, DIANA NEXI SAMACA PRIETO INSTRUCTOR G17

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

MONICA ANDRADE RIOS
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA									
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1012369641	NÚMERO PLANILLA:	7880164696	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES						
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:		DEPARTAMENTO:	JENNY CAROLINA DUENAS MUNOZ	PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	mayo	AÑO	2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	mayo	AÑO	2023
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	TELÉFONO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL	DÍAS DE MORA:				0					
DIRECCIÓN:	CRA 80 N° 59 28	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):				2023/06/02	NÚMERO AUTORIZACIÓN:				2113638816
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otros trabajos de edición.										
TIPO EMPRESA:	PRIVADA												
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO												
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO										

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1012369641
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	JENNY CAROLINA DUENAS MUNOZ	
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO: BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CRA 80 N° 59 28	TELÉFONO: 7777777
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:	7880164696	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: mayo	PERIODO COTIZACIÓN MES: mayo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2023	SALUD: AÑO: 2023
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2023/06/02	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 2113638816

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 208.200
SUBTOTAL:			1	\$ 208.200
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860066942	EPS008	EPS008-COMPENSAR	1	\$ 162.600
SUBTOTAL:			1	\$ 162.600
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	\$ 13.600
SUBTOTAL:			1	\$ 13.600

VALOR SIN MORA:	\$ 384.400
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 384.400



REPÚBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número: **N** 1333641

NUIP 1.012.470.921

Tipo de certificado

Datos Esenciales ☐

Acreditar
Parentesco



Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos

MORA DUEÑAS MARIA GABRIELA

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)

Sexo (en letras)

Tipo Sanguíneo

Año 2 0 1 9 Mes J U L Día 2 7 FEMENINO 0 +

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTÁ D.C.

Fecha de Inscripción (Mes en letras)

Indicativo serial

Año 2 0 1 9 Mes A G O Día 0 1 0060348509

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos

DUEÑAS MUÑOZ JENNY CAROLINA

Documento de Identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CEDULA DE CIUDADANIA 1.012.369.641 COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos

MORA SANABRIA RODRIGO

Documento de Identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CEDULA DE CIUDADANIA 1.012.345.962 COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos

MORA SANABRIA RODRIGO

Documento de Identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA 1.012.345.962

Espacio para notas

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTÁ D.C.

Código

A 2 B

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)

Nombre y firma del funcionario

Año 2 0 1 9 Mes A G O Día 0 1

CAMILO ANDRÉS MARTÍNEZ PINEDA

Registrador del Estado Civil



CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 15 de febrero de 2023

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIAJE (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.	1012470921	Gabriela Mora Dueas	HIJO
-------------	-------------------	----------------------------	-------------

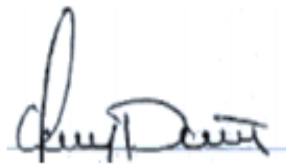
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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: Jenny Carolina Dueñas Muñoz

C.C. 1012369641

NO IMPRIMA ESTA HOJA ES SOLAMENTE DE CARÁCTER INFORMATIVO

REQUISITOS PARA DEDUCCIONES POR DEPENDIENTES

En el siguiente cuadro se relacionan los requisitos y documentos que se deben adjuntar para poder acceder al beneficio de disminución de retención en la fuente, por dependientes:

DEDUCCION	CONCEPTO	REQUISITOS
DEPENDIENTES	Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad.	Registro civil de nacimiento
	Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre 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 por la autoridad competente.	Recibo de pago de matrícula de instituciones debidamente acreditadas
	Los hijos del contribuyente mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Medicina Legal
	El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal
	Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal