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** | **Junio de 2023** |
| **Versión** | **ENERO 2023 - 1,23** |
| **ID de Proceso** | **26147-791963** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | YULI VIVIANA PAEZ CALDERON | **C.C.** | 53.122.780 | **IP/Nº de contacto** | 12165 |
| **Correo electrónico contratista:** | yvpaezc@sena.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 ?** NO

**Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000:** NO **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 81666207416

**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:** | 4581061/2023 | | | **Nº Compromiso SIIF** | **31223** |
| **Valor Total del Contrato** | $ 23.887.500 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 8.190.000 | **5** | **Del** 01/06/2023 | **Al** 30/06/2023 | **$ 4.095.000,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 4.095.000 | | 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 PROGRAMAS COMPLEMENTARIOS DE MODALIDAD PRESENCIAL SEGÚN DEMANDA Y OFERTA DE LA POBLACIÓN QUE ATIENDA LA COORDINACIÓN

## 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

| | Junio | Mayo |
|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | ---------- | **8368378958** |
| **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 | 35.047,00 | 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

1..OBLIGACION: 2774512 - HIGIENE Y MANIPULACION DE ALIMENTOS HORAS DEDICADAS EN LA FICHA : 38,00.con la participación de 25 aprendices Ficha: 2774948 - IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO HORAS DEDICADAS EN LA FICHA : 40,00 participación de 28 aprendices Ficha: 2774952 - IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO participa de 28 aprendices HORAS DEDICADAS EN LA FICHA : 44,00 Se realizo la gestión de apertura de ficha DE CURSO DE SERVICIO AL CLIENTE de 40 Y cursos de manipulación de alimentos con la alcaldía de suba SE REALIZO EL ACOMPAÑAMIENTO DE CURSO CON LA SECRETARIA DE DESARROLLO ECONOMICO 5.OBLIGACION OPCIÓN 1: SE REALIZÓ ATENCIÓN A LOS APRENDICES POR CORREO ELECTRÓNICO Y/ Y/O TELEFÓNICAMENTE OPCIÓN 2: SE REALIZÓ ACOMPAÑAMIENTO APRENDICES DE MANERA PRESENCIAL Y/O SINCRÓNICA. DESARROLLO DE GUÍAS, TALLERES Y ACOMPAÑAMIENTO DEL MATERIAL DE APOYO 6. OBLIGACION:OPCIÓN 1: SE REGISTRARON LOS JUICIOS DE EVALUACIÓ APLICATIVO SOFIA PLUS DE FICHA 272945 IMPLEMENTACION DE LA GESTION DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

**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.

**YULI VIVIANA PAEZ CALDERON**
**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,

**DIEGO ALEJANDRO MARTINEZ ROJAS**
**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**

**MIREYA PARRA PINTO**
**SUBDIRECTORA DE CENTRO G02**

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

**Señor(a):** YULI VIVIANA PAEZ CALDERON
**No. Identificación:** CC53122780
**Dirección:** CARRERA 91 127-20
**Telefono:** 5369492
**Correo:** yvpaezc@gmail.com
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C.
**Número de Planilla:** 68378958

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombre Aportante** | YULI VIVIANA PAEZ CALDERON | **Número de Empleados** | 1 |
| **Tipo y número de identificación** | CC53122780 | **Periodo de Cotización Salud** | mayo de 2023 |
| **Número de planilla** | 68378958 | **Periodo de Cotización Pensión** | mayo de 2023 |
| **Fecha pago** | 2023-06-13 | **Número de Administradoras** | 4 |
| **Número de autorización pago** | 1444311 | **Total Pagado** | 485400 |
| **Banco** | 1083 | **Total Intereses de Mora** | 0 |

PAGADA

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-23 | POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS | 8600 | 1 |
| 25-14 | Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones | 262100 | 1 |
| CCF24 | Compensar Caja de Compensacion Fliar | 9900 | 1 |
| EPS010 | EPS Sura | 204800 | 1 |

68378958

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 53122780
APELLIDOS Y NOMBRES: YULI VIVIANA PAEZ CALDERON

| Cód. EPS | Cód. AFP | IBC SALUD | IBC PENSIÓN | IBC RIESGOS | IBC CAJAS | COTIZACIÓN SALUD | VALOR UPC | COTIZACIÓN PENSIÓN | FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN RIESGOS | APORTE CAJAS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS010 | 25-14 | 1638000 | 1638000 | 1638000 | 1638000 | 204800 | 0 | 262100 | 0 | 8600 | 9900 |

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

*CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS*

Bogotá, 13 DE JUNIO 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.** | **1092344201** | **JUNA CAMILO PULIDOPAEZ** | **HIJO** |
| **T.I** | **1031804809** | **KAREN MARIANA PULIDO PAEZ** | **HIJA** |

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Elija un elemento.

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: _YULI VIVIANA PAEZ CALDERON

C.C. ____53122780_____

**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<br>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<br><br>Certificado de Medicina Legal |

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD



NUMERO 1.092.344.201

PULIDO PAEZ
APELLIDOS

JUAN CAMILO
NOMBRES

JUAN PULIDO
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 03-DIC-2007

CUCUTA
(NORTE DE SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

03-DIC-2025
FECHA DE VENCIMIENTO

A+
G S RH

M
SEXO

26-ENE-2016 VILLA ROSARIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

P-2510000-00787168-M-1092344201-20160211 0048291763A 1 6973766741



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.031.804.809

PULIDO PAEZ
APELLIDOS

KAREN MARIANA
NOMBRES

Karen Mariana Pulido Paez
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 12-SEP-2005
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

12-SEP-2023
FECHA DE VENCIMIENTO

O+ F
G S RH SEXO

09-OCT-2013 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-1500150-00495387-F-1031804809-20131012 0035456395A 1 1522560350

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

NUIP 1031804809

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 39983093

*39983093*

**Datos de la oficina de registro - Clase de oficina**

Registraduria [ ] Notaria [X] Número 59 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 1067

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA

**Datos del inscrito**

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| PULIDO | PAEZ |

Nombre(s)

KAREN MARIANA

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo Sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2005 Mes SEP Día 12 | FEMENINO | O | + |

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA

| Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO DE NACIDO VIVO NUMERO | A 6657029 |

**Datos de la madre**

Apellidos y nombres completos

PAEZ CALDERON YULI VIVIANA

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| C.C.# 53.122.780 DE BOGOTA | COLOMBIANA |

**Datos del padre**

Apellidos y nombres completos

PULIDO CORTES CHRISTIAN CAMILO

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| C.C.# 80.737.465 DE BOGOTA | COLOMBIANA |

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos

PULIDO CORTES CHRISTIAN CAMILO

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| C.C.# 80.737.465 DE BOGOTA | |

**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 ante quien se hace la inscripción |
|---|---|
| Año 2005 Mes SEP Día 28 | DRA. OLGA MARIA VALERO<br>Nombre y firma |

REPUBLICA DE COLOMBIA
OLGA MARIA VALERO
Notaria Cincuenta y Nueve del Circulo de Bogotá, D.C.

| Reconocimiento paterno | Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento |
|---|---|
| Firma | BEATRIZ<br>Nombre y Firma |

**ESPACIO PARA NOTAS**

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

**NUIP** 1092344201

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

**Indicativo Serial** 36928150

## Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** N 1 Y

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

REGISTRADURIA DE VILLA ROSARIO COLOMBIA NORTE DE SANTANDER VILLA ROS

## Datos del inscrito

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| PULIDO | PAEZ |

Nombre(s)

JUAN CAMILO

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo Sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2 0 0 5 Mes 0 5 Día 0 3 | MASCULINO | A | + |

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

COLOMBIA NORTE DE SANTANDER CUCUTA

| Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO MEDICO DE NACIDO VIVO | A891207 |

## Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

LUZ CALIXTO PEÑA VIVIANA

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CEDULA DE CIUDADANIA 1052122700 | COLOMBIA |

## Datos del padre

Apellidos y nombres completos

PULIDO CORTES CHRISTIAN CAMILO

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CEDULA DE CIUDADANIA 1090073465 | COLOMBIA |

## Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

PULIDO CORTES CHRISTIAN CAMILO

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| CEDULA DE CIUDADANIA 1090073465 | |

## 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 2 0 0 9 Mes 0 8 Día 0 3 | CARLOS [illegible] CASTILLO PARADA<br>Nombre y firma |

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -