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	**Junio de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**59230-557499**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	LUZ MAGALY BALLEN SANCHEZ	**C.C.**	38.289.202	**IP/Nº de contacto**	0
Correo electrónico contratista:	lmballen202982@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: DAVIVIENDA **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** 488405406445

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: 4498838/2023 **Nº Compromiso SIIF** 23023

Valor Total del Contrato	$ 20.145.050	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 4.029.010	**5**	**Del**	**01/06/2023**	**Al**	**30/06/2023**	**$ 4.029.010,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 0		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

	Junio	Mayo
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**68217395**
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
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.
Orientar, apoyar, acompañar y asesorar en forma permanente e integral a los aprendices en el proceso de formación.(Etapa Productiva)
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.

LUZ MAGALY BALLEN SANCHEZ
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,

ROBERTO MARTINEZ CASTRO
INSTRUCTOR

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

WAINE ANTONY TRIANA ALBIS

SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	38289202	LUZ MAGALY BALLEN SANCHEZ	Diagonal 100 # 1d-35 este	3118371790	maggieballen@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

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	
2023-05	2023-05	I	01/06/2023	68217395	$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
230301	Porvenir	800224808-8	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

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	38289202	LUZ MAGALY BALLEN SANCHEZ		Diagonal 100 # 1d-35 este	3118371790	maggieballen@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

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	
2023-05	2023-05	I	01/06/2023	68217395	$468.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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	38289202	BALLEN SANCHEZ LUZ MAGALY	57	0			N																	230301	1.612.000	258.000	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

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

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 21 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:

C.C.	**28.782.809**	**LUZ MARINA SÁNCHEZ**	**MADRE**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Padre o hermano que se encuentra en situación de dependencia, por ingresos en el año menores a 260 UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.

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 MAGALY BALLEN SANCHEZ

C.C. C.C. 38.289.202 de Honda Tolima

CLAUDIA MARCELA NEUSA ROMERO
NIT. 53.070.064-3
CONTADOR PUBLICO TITULADO – UNIVERSIDAD AUTONOMA DE COLOMBIA
ESPECIALISTA GERENCIA FINANCIERA – UNIVERSIDAD AUTONOMA DE COLOMBIA
ESPECIALISTA EN GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

CERTIFICADO DE PADRES DEPENDIENTES

El suscrito Contador Publico

CERTIFICA

Que para efectos de la norma establecida en el numeral 5 del párrafo 1 del artículo 387 del Estatuto Tributario, la **señora LUZ MARINA SANCHEZ** identificada con la cedula de ciudadanía 28.782.809 de Honda (Tolima), residente de la ciudad de Bogotá, es actualmente Madre de la señora **LUZ MAGALY BALLEN SANCHEZ** identificada con la cedula de ciudadanía 38.289.202 de Honda (Tolima).

Que en la actualidad la señora **LUZ MARINA SANCHEZ** no obtiene ingresos propios, por lo cual cumple con los criterios para que pueda figurar con dependiente de la señora **LUZ MAGALY BALLEN SANCHEZ.**

La presente certificación se expide para que sea presentada por la señora **LUZ MAGALY BALLEN SANCHEZ** ante el **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA.**

En constancia de lo anterior, firmo en la ciudad de Bogotá, a los 17 días del mes de Febrero del 2022.



CLAUDIA MARCELA NEUSA ROMERO
CC. 53.070.064 Bogotá
CONTADOR PUBLICO TITULADO
TP 192273-T

MESES								
	ENERO	01	FEBRERO	02	MARZO	03	ABRIL	04
	MAYO	05	JUNIO	06	JULIO	07	AGOSTO	08
	SEPT.	09	OCTUBRE	10	NOV.	11	DIC.	12

REPUBLICA DE COLOMBIA
REGISTRO CIVIL

Superintendencia de Notariado y Registro

REGISTRO DE NACIMIENTO

5661030

IDENTIFICACION No.

(1) Parte básica: 80 12 18 — (2) Parte compl.: 07811

OFICINA REGISTRO CIVIL

(3) Clase (Notaría, Alcaldía, Corregiduría, etc.): NOTARIA UNICA.-

(4) Municipio y Departamento, Intendencia o Comisaría: Honda.-

(5) Código: 6140

SECCION GENERICA

(6) Primer apellido: BALLEN.-

(7) Segundo apellido: SANCHEZ.-

(8) Nombres: LUZ MAGALY.-

(9) Masculino o Femenino: femenino.-

(10) Masculino ☐ Femenino ☒

FECHA DE NACIMIENTO — (11) Día: 18 — (12) Mes: Diciembre — (13) Año: 1.980

LUGAR DE NACIMIENTO — (14) País: Colombia.- — (15) Departamento, Int., o Com.: Tolima.- — (16) Municipio: Honda.-

SECCION ESPECIFICA

DATOS DEL NACIMIENTO

(17) Clínica, hospital, dirección de la casa, vereda, corregimiento, etc.: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE HONDA.-

(18) Hora: 9 A.M

(19) Documento presentado. Antecedente (Certificado, Acta, Partida, etc.): Certificado Médico.-

(20) Nombre del profesional que certificó el nacimiento

(21) No. licencia

MADRE

(22) Apellidos: SANCHEZ.-

(23) Nombres: LUZ MARINA.-

(24) Edad (años): 25

(25) Identificación (clase y número): c.c. # 28.782.809 de Honda.-

(26) Nacionalidad: Colombiana

(27) Profesión u oficio: Hogar.-

PADRE

(28) Apellidos: BALLEN BERNAL.-

(29) Nombres: MIGUEL ANTONIO.-

(30) Edad (años): 35

(31) Identificación (clase y número): c.c. # 19.090.955 de Bogotá.-

(32) Nacionalidad: Colombiano

(33) Profesión u oficio: Empleado

DECLARANTE

(34) Identificación (clase y número): c.c. # 19.090.955 de Bogotá.-

(35) Firma (autógrafa): MIGUEL ANTONIO BALLEN BERNAL

(36) Dirección postal: Calle 6a. # 22-82 Honda.-

(37) Nombre:

TESTIGO

(38) Identificación (clase y número):

(39) Firma (autógrafa):

(40) Domicilio (Municipio):

(41) Nombre:

TESTIGO

(42) Identificación (clase y número):

(43) Firma (autógrafa):

(44) Domicilio (Municipio):

(45) Nombre:

FECHA DE INSCRIPCION — (FECHA EN QUE SE SIENTA ESTE REGISTRO)

(46) Día: 2 — (47) Mes: Enero.- — (48) Año: 1.981

(49) Firma funcionario

(50) Nombre y cargo del funcionario ante quien se hace el registro

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL

REPUBLICA DE COLOMBIA
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
HONDA - TOLIMA

Es fiel copia tomada de su original que reposa en los archivos de esta oficina Dcto. 1260/97

09 ENE 2009

VALIDO PARA MATRIMONIO SIN NOTA MARGINAL.

MANUEL JOSÉ BAQUERO JARAMILLO
REGISTRADOR MUNICIPAL DEL ESTADO CIVIL
Sin Sello Dcto. 2150/95

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **28.782.809**

SANCHEZ

APELLIDOS

LUZ MARINA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **08-JUN-1955**

HONDA
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

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

17-ENE-1976 HONDA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2906400-00110863-F-0028782809-20081024 **0004**796420A 1 6550000122

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL