SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL DISTRITO CAPITAL
CENTRO NACIONAL DE HOTELERIA, TURISMO Y ALIMENTOS-BTA D C - SERVICIOS PRESTADOS A LA

Código Regional	**11**
Código Centro	**940610**
Fecha Elaboración	**Julio de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**36761-820767**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	CAMILA ANDREA UBAQUE BELTRAN	**C.C.**	1.026.260.154	**IP/Nº de contacto**	0000
Correo electrónico contratista:	caubaque4@misena.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: BANCO CAJA SOCIAL **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** 24063166185

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: 4553546/2023 **Nº Compromiso SIIF** **8723**

Valor Total del Contrato	$ 19.530.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 651.000	**6**	**Del**	**01/07/2023**	**Al**	**05/07/2023**	**$ 651.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 0		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)

Prestar los servicios personales para impartir formación profesional integral de carácter temporal en periodos fijos de instructor de forma titulada y/o complementaria presencial y virtual para desarrollar actividades encaminadas al proceso de enseñanza, aprendizaje y evaluación basados en competencias laborales por proyectos en los diferentes niveles de formación impartidos en el centro nacional de

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 651.000		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	**$ 651.000**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 184.920**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR

	Julio	Junio
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**9452837690**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.160.000	$ 1.562.400
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 145.000	$ 195.300
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 185.600	$ 250.000
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 12.200	$ 16.400
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 162.750	$ -	
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	$ 65.100	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 61.400	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	184.920,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	320.400,00	
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	3.095,00	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	**$647.905,00**	

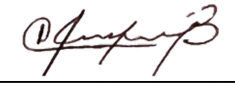
SON: SEISCIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS CINCO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Oriente formación a las fichas del programa tecnólogo en control de calidad para la industria de alimentos en la competencia Control calidad en los procesos de producción de la industria de alimentos TGCAIA 2620484,TGCCIA 2620491 y la ficha del programa técnico en artesanal ficha TCA 2668316,orientando la competencia Verificación de la calidad de materia prima, insumos y cerveza artesanal, adicional a ello participe en la formulación del proyecto: Estandarización de la dosificación de LIDERFOL® , fungistático orgánico, se , se realizó diseño experimental en laboratorio del mismo proyecto por otro realice seguimiento a la etapa productiva a 167 aprendices que eligieron alternativa diferente a contrato de aprendizaje de los diferentes programas que se ofertan en la coordinación de industrias alimentarias, realice evaluación de resultados de aprendizaje finales y parciales en plataformar Territorium realice entrega de informe final de actividades a la coordinación y también se enviaron planes de mejoramiento a 6 aprendices de diferentes fichas.

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.



CAMILA ANDREA UBAQUE BELTRAN
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 LEON GONZALEZ PAEZ
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

SONIA YAMILE ACUNA LESMES

SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

aportes en línea

Planilla Integrada

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1026260154		UBAQUE BELTRAN CAMILA ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 27A 2A - 44	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6636565	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-06	2023-06	12801515	9452837690	I	2023/07/14	2023/06/28	BANCO CAJA SOCIAL	0	$493,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO									NOVEDADES																														
No.	Tipo id	No id	Nombre	Tipo Cotizante	Horas Laboradas	Extranjero	Temp. Ext.	Fecha Radicación en el Exterior	ing	Fecha ing	ret	Fecha ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	Fecha Inicio vsp	cor	vst	sln	Fecha Inicio sln	Fecha Fin sln	ige	Fecha Inicio ige	Fecha Fin ige	lma	Fecha Inicio lma	Fecha Fin lma	vac-lr	Fecha Inicio vac-lr	Fecha Fin vac-lr	avp	vc
1	CC	1026260154	UBAQUE BELTRAN CAMILA ANDREA	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes	0	No	No																														
Total		**Afiliados(1)**																																			

aportes en línea

Planilla Integrada

							SALARIO			PENSION													SALUD					
:t	Fecha Inicio vct	Fecha Fin vct	irl	Fecha Inicio irl	Fecha Fin irl	vip	Valor	Integral	Tipo de Salario	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Tarifa Alto Riesgo Pensión	Valor Cotización	Cotización Voluntaria Empleador	Cotización Voluntaria Afiliado	Fondo Solidaridad Pensional	Fondo Subsistencia	Valor No retenido	Total	AFP Destino	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Valor UPC
							$ 1.562.400	No		PROTECCION	30	$ 1.562.400	16%	SIN RIESGO	$ 250.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 250.000		ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	30	$ 1.562.400	12,5%	$ 195.300	$ 0
																					$ 250.000						$ 195.300	

aportes en línea

Planilla Integrada

		CCF					RIESGOS						PARAFISCALES										
Total	EPS Destino	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Clase Riesgo	Valor Cotización	Días	IBC	Tarifa SENA	Valor Cotización SENA	Tarifa ICBF	Valor Cotización ICBF	Tarifa ESAP	Valor Cotización ESAP	Tarifa MEN	Valor Cotización MEN	Exonerado SENA e ICBF
$ 195.300		COMPENSAR	30	$ 1.562.400	2%	$ 31.300	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	30	$ 1.562.400	1,044%	2	$ 16.400	30	$ 0	0%	$ 0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	No
$ 195.300						$ 31.300						$ 16.400				$ 0		$ 0		$ 0		$ 0	

aportes en línea

Planilla Integrada

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1026260154		UBAQUE BELTRAN CAMILA ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 27A 2A - 44	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6636565	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-06	2023-06	12801515	9452837690	I	2023/07/14	2023/06/28	BANCO CAJA SOCIAL	0	$493,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$250,000	$0	$0	$250,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$250,000	$0	$0	$250,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$16,400	$0	$0	$16,400
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$16,400	$0	$0	$16,400
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,300	$0	$0	$31,300
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$31,300	$0	$0	$31,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$195,300	$0	$0	$195,300
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	1	$195,300	$0	$0	$195,300
TOTAL				1	$493,000	$0	$0	$493,000

Banco Caja Social
Su banco amigo.

Pago de servicios electrónicos

Resultado de la transacción

Transacción exitosa.
Apreciado cliente. Pago sujeto a aprobación. Para concluir, por favor seleccione la opción “Regresar al comercio” y verifique el estado final de la transacción. Si tiene algún inconveniente, comuníquese con la entidad con la que liquidó su planilla o con el comercio desde el cual está realizando la compra o pago.

FECHA Y HORA
27 junio 2023 9:37 pm

DIRECCIÓN IP. 181.237.46.187

NÚMERO DE TRANSACCIÓN
APII3178324731450096

NÚMERO DE CONFIRMACIÓN
00962ESY

NOMBRE DEL COMERCIO	APORTES EN LINEA
NIT DEL COMERCIO	9999001472382
CÓDIGO DEL SERVICIO	99000
VALOR DE LA TRANSACCIÓN	$493.000,00
VALOR DEL IMPUESTO	$0,00
REFERENCIA DE PAGO	9452837690
FECHA DE LA SOLICITUD	27 junio 2023
REFERENCIA 1	181.237.46.187
REFERENCIA 2	CC
REFERENCIA 3	1026260154
CÓDIGO DE LA TRANSACCIÓN (CUS)	12801515
CICLO DE LA TRANSACCIÓN	1
DESCRIPCIÓN DEL PAGO	Pago de la Planilla de aportes con clave 9452837690
CUENTA ORIGEN	Cuentamiga *******6185

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 05 de julio 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.	**1014887821**	**Juanita Flórez Ubaque**	**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: Camila Andrea Ubaque Beltrán
C.C 1.026.260.154

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1014887821

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 55097465

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 52 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A 3 H

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o inspección de Policía: COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
FLOREZ	UBAQUE

Nombre(s): JUANITA.

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2014 Mes NOV Día 06	FEMENINO	A	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	13092590-3

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: UBAQUE BELTRAN CAMILA ANDREA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 1026260154 DE BOGOTA	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: FLOREZ PINO IVAN FERNANDO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 80845594 DE BOGOTA	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: FLOREZ PINO IVAN FERNANDO

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
C.C. No. 80845594 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 que autoriza
Año 2014 Mes NOV Día 10	EUGENIO GIL GIL Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

OFIXPRES S.A.S. NIT. 900.184.888-1 100238573

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

55097465

REPÚBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACIÓN PERSONAL

TARJETA DE IDENTIDAD



NÚMERO **1.014.887.821**

FLOREZ UBAQUE

APELLIDOS

JUANITA

NOMBRES

Luanita Florez U.

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **06-NOV-2014**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

06-NOV-2032
FECHA DE VENCIMIENTO

A+
G S RH

F
SEXO

25-ENE-2022 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1500150-01278032-F-1014887821-20220126 0077972842A 1 8503946424

SENA	Versión: 04 Código: GTH- F- 074

Proceso Gestión del Talento Humano

Formato entrega de bienes e información de ejecución contractual por el contratista

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA: Camila Andrea Ubaque Beltran						**IDENTIFICACIÓN**
CIUDAD	Bogota, D.C.	**FECHA**	julio 2023.	**REGIONAL**	Distrito Capital	CC. 1.026.260.154
DIRECCIÓN U OFICINA DONDE SE EJECUTÓ EL CONTRATO:	Centro Nacional de Hoteleria, Turismo y Alientos					
NÚMERO Y FECHA DE CONTRATO:	CO1.PCCNTR.4553546 DEL 03 DE FEBRERO DE 2023					

CAUSAL DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO

LIQUIDACIÓN POR MUTUO ACUERDO	X	**CESIÓN**		**LIQUIDACIÓN ANTICIPADA POR MUTUO ACUERDO**		**TERMINACIÓN UNILATERAL**	

DEPENDENCIA SENA	**Marcar con x**	**RESPONSABLES**	
		NOMBRES Y APELLIDOS	**FIRMA**
ALMACÉN E INVENTARIOS	X	**Generar reporte de https://miinventario.sena.edu.co/Inicio.aspx y anexar al formato, garantizando que no tiene elementos a su cargo.**	
BIBLIOTECA	X	**MILENA GONZALEZ**	
COORDINACIÓN DE: ÁREA/GRUPO/ ACADEMICA	X	**DIEGO LEON GONZALEZ PAEZ**	
SUPERVISOR DE CONTRATO	X	**DIEGO LEON GONZALEZ PAEZ**	
GESTIÓN DE TIC	X	**MARIA DEL ROSARIO AMORTEGUI**	
ADMINISTRACIÓN DE DOCUMENTOS	X	**MARIA CAMILA MENDOZA CAMARGO**	
CONTABILIDAD	X	**DERLY ANGELICA ALVARADO**	

ELEMENTOS FALTANTES U OBLIGACIONES PENDIENTES (Relacionar con su respectivo valor)

OTROS : _____

Firma del Contratista

SENA	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA PROCESO DE GESTIÓN DE INFRAESTRUCTURA Y LOGÍSTICA RELACION DE BIENES A CARGO DEL CUENTADANTE	Versión: 1.01 Fecha: 15.10.2020

De acuerdo con los registros del Sistema para la Administración y Control de Bienes SACB el Sr(a) identificado(a) con CC. 1026260154 tiene los siguientes bienes a cargo:

Listado de inventarios:

Regional	Centro	Modulo	Placa	Valor

CANTIDAD DE BIENES A CARGO: 0
VALOR TOTAL: $0,00

El cuentadante adicionalmente se encuentra asociado a los siguientes Nits múltiples:

- 94060000047

CANTIDAD DE BIENES COMO CUENTADANTE MÚLTIPLE: 0
VALOR TOTAL: $0,00

El cuentadante responde administrativa y fiscalmente por los bienes aquí relacionados y rendirá cuentas de su utilización. Todo ello según lo dispuesto sobre este particular en la Constitución Política Nacional Art. 124 y en especial lo establecido en los numerales 21 y 22 del Art. 34 de la Ley 734 de 2002; Resolución 1378 de 2018 y en las obligaciones generales de los Contratos de Prestación de Servicios.

Fecha de emisión del reporte: 5 de Julio de 2023 a las 12:00:15

Laura Natalia Jimenez
Apoyo Almacen