

 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 GESTIÓN ADMINISTRATIVA- BTÁ D.C.		Código Regional	11
			Código Centro	940410
			Fecha Elaboración	Agosto de 2023
			Versión	ENERO 2023 - 1,23
		ID de Proceso	34555-166005	

DATOS DEL CONTRATISTA					
Nombres y apellidos contratista:	YIDA KATERINNE CUY CRUZ	C.C.	52.789.459	IP/N° de contacto	0
Correo electrónico contratista:	ykcu@misena.edu.co				
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	Pertenece al régimen simple de tributación?	NO	Es declarante de renta?	NO
Banco al cual consignar:	DAVIVIENDA	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	N° Cuenta	489870012502
			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:	5192140/2023	N° Compromiso SIIF	62623	
Valor Total del Contrato	\$ 22.025.255	N ° Pago	2	
Saldo Anterior del Contrato	\$ 18.667.746	Periodo objeto de pago	Del	31/08/2023
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 14.638.736	Legalización comisiones del periodo	\$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	Suministrar servicios personales de carácter temporal, impartiendo la Formación Profesional Integral, de acuerdo con la programación establecida por el Centro de Gestión Administrativa para las jornadas académicas diurna, nocturna, madrugada y fines de semana en su sede principal, subse y organizaciones, ejecutando acciones bajo la modalidad presencial para Formación Titulada y/o Formación
---	--

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios	\$ 4.029.010	Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°	0,00%	
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 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					
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	Agosto	Julio	Base retención en la fuente a título de RENTA	2.368.657,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.611.604	\$ 1.343.004	Base retención en la fuente a título de ICA	3.569.610,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 201.500	\$ 167.900	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 257.900	\$ 214.900	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL	\$ 8.500	\$ 7.100	Menos Retención IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -	\$ -	Reteica - 8299	34.482,00	0,966%
\$ 1.007.252	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
\$ 13.430.466	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
\$ 4.241.200	\$ -	\$ -	Descuentos de Libranza	0,00	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	VALOR A PAGAR	\$3.994.528,00	
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	\$ -	\$ -			

SON: TRES MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS VEINTIOCHO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO	
Orientar Formación Profesional Integral a los aprendices según programación de fichas Acompañamiento a los aprendices en el desarrollo de procesos formativos y/o productivos. Actualizar contenidos y tecnologías en las diversas competencias del programa de formación. Elaboración y entrega de formatos y documentos requeridos en el proceso académico administrativo.	

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.	YIDA KATERINNE CUY CRUZ EL CONTRATISTA
--	---

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO	
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:	Autorizo el presente pago. El Supervisor,
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.	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

DATOS DEL APORTANTE						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	
CC	52789459	YIDA KATERINNE CUY CRUZ		CL 77 sur 81 H 20 To 26 Apto 404	3041224	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2023-07	2023-07	I	16/08/2023	70156123	\$390.600

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	167.900	0		0		0	1	200	0	168.100	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	215.000	0	0	0	0	1	300	0	215.300	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	7.100				7.100	1	100	7.200			71	7.200	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	167.900	168.100
Pensión	1	215.000	215.300
Riesgos Laborales	1	7.100	7.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	390.000	390.600

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52789459	YIDA KATERINNE CUY CRUZ		CL 77 sur 81 H 20 To 26 Apto 404	3041224	psicoyida@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2023-07	2023-07	I	16/08/2023	70156123	\$390.600
					TOTAL A PAGAR

DETALLE POR COTIZANTE																																														
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES													
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Columna exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IDE	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	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	52789459	CUY CRUZ YIDA KATERINNE	59	0			N							X											230301	1.343.200	215.000	0	0	0	0	EPS008	1.343.200	167.900	14-23	1.343.200	1	7.100		0	0	0	0	0	0

PAGADA

CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES

Bogotá, 23 de Agosto de 2023

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (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 empleado contribuyente y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el parágrafo cuarto del artículo segundo del Decreto 0099 de 2013, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

T.I.	1016954719	GABRIELA ORTEGA CUY	HIJO
T.I.	1016958463	JUAN FELIPE ORTEGA CUY	HIJO
R.C.	1016960876	JOSUE ORTEGA CUY	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: YIDA KATERINNE CUY CRUZ

C.C. 52.789.459 DE BOGOTÁ

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO **1.016.954.719**

ORTEGA CUY

APELLIDOS

GABRIELA

NOMBRES

09611219 ORTEGA

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO

02-NOV-2008

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

02-NOV-2026

FECHA DE VENCIMIENTO

O+

G S RH

F

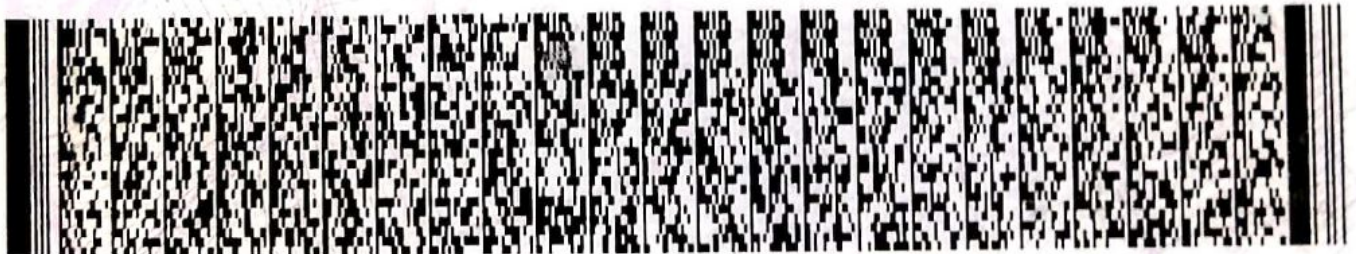
SEXO

30-DIC-2015 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GARCIA VARGAS

INDICE DERECHO



P-1500150-00790112-F-1016954719-20160217

0048431446A 1

1273735128



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO
09-AGO-2029

FECHA DE VENCIMIENTO
23-AGO-2018 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

09-AGO-2011

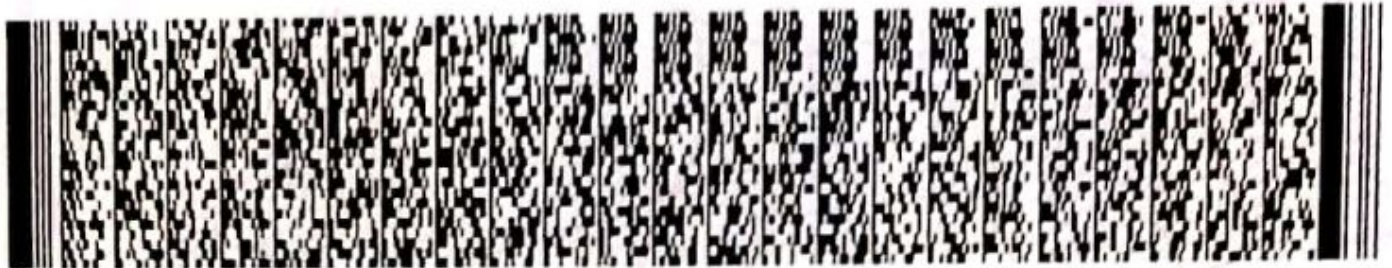
O-

M

G S RH

SEXO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VAQUIA



P-1500150-01042299-M-1016958463-20181025

0062829817A 1

2195104647

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.016.958.463**

ORTEGA CUY

APELLIDOS

JUAN FELIPE

NOMBRES

Juan Felipe

FIRMA



REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 52871353

NUIP

1010960876

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número ☐ 51 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código A 4

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTÁ

Datos del inscrito

Primer Apellido

ORTEGA

Segundo Apellido

CUY

Nombre(s)

JOSUE

Fecha de nacimiento

Año

2013

Mes

OCT

Día

16

Sexo (en letras)

Masculino

Grupo sanguíneo

O

Factor RH

Negativo

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTÁ

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo

12362877 2

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

CUY CRUZ YIDA KATERINNE

Documento de identificación (Clase y número)

CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO 52789459

Nacionalidad

COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

ORTEGA ZULUAGA ANDRES FELIPE

Documento de identificación (Clase y número)

CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO 1028553452

Nacionalidad

COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

ORTEGA ZULUAGA ANDRES FELIPE

Documento de identificación (Clase y número)

CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO 1028553452

Firma

[Firma manuscrita]

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

2013

Mes

OCT

Día

7

Nombre y firma del funcionario que autoriza

RUBEN DARIO ACOSTA GONZALEZ

Nombre y firma

IMPRESO POR PANAMERICANA FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800.171.457-5 TEL. 430.1119

SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO