

 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	29062-831468
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista: LUZ MAGALY BALLEEN SANCHEZ Correo electrónico contratista: lmballen202982@misena.edu.co		C.C. 38.289.202	IP/N° de contacto 0	
Régimen del IVA: ☒ NO RESPONSABLE		Pertenece al régimen simple de tributación? ☒ NO		
Banco al cual consignar: DAVIVIENDA		Inducción SST ☒ SI		
Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a \$53'206.000: ☒ NO		Presta Servicios Excluidos de IVA ? ☒ NO		
		Tipo de cta AHORROS		N° 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				
N° del contrato: 5192108/2023		N° Compromiso SIIF 59523		
Valor Total del Contrato \$ 22.025.255 Saldo Anterior del Contrato \$ 18.667.746 Nuevo Saldo del Contrato \$ 14.638.736	N ° Pago 2	Periodo objeto de pago Del 01/08/2023 Al 31/08/2023		Valor Bruto Pago \$ 4.029.010,00
		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, subsede 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				
		Agosto	Julio	Base retención en la fuente a título de RENTA 2.368.657,00
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		69784607		Base retención en la fuente a título de ICA 3.569.610,00
Ingreso Base de Cotización - IBC \$ 1.611.604		\$ 1.343.004		Valor base IVA 0,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud \$ 201.500		\$ 167.900		IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00 19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión \$ 257.900		\$ 214.900		Menos Retención en la Fuente 0,00 0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional \$ -		\$ 0		Menos Retención IVA 0,00 15%
ARL \$ 8.500		\$ 7.100		Reteica - 8299 34.482,00 0,966%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias \$ 8.835.833		\$ -		- 0,00
\$ 1.007.252		\$ -		- 0,00
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC \$ 13.430.466		\$ -		- 0,00
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$ 13.430.466		\$ -		Otras Retenciones 0,00 0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 4.241.200		\$ -		Otras Retenciones 0,00 0,000%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ -		\$ -		Otras Retenciones 0,00 0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ -		\$ -		Otras Retenciones 0,00 0,000%
Aportes A.R.L. de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ -		\$ -		Otras Retenciones 0,00 0,000%
Dependientes hasta \$ 1.357.184		\$ 402.901		Descuentos de Libranza 0,00
Salud hasta \$ 678.592		\$ -		Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00
Renta Exenta 25% \$ 2.792.123		\$ 789.552		VALOR A PAGAR \$3.994.528,00
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				
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 BALLEEN 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 periodo 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				

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
		TOTAL A PAGAR				
2023-07	2023-07	I	02/08/2023	69784607	\$468.000	

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	Dias 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

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	38289202	LUZ MAGALY BALLEEN 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.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

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	02/08/2023	69784607	\$468.000

DETALLE POR COTIZANTE																																																
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES															
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Extranjero	Cotiza. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SLN	IDE	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o 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

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 23 de Agosto 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 BALLEEN 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 BALLEEN 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 BALLEEN SANCHEZ**.

La presente certificación se expide para que sea presentada por la señora **LUZ MAGALY BALLEEN 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

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	2 Parte compl.
80 12 18	078 11

3 Clase (Notaría, Alcaldía, Corregiduría, etc.) NOTARIA UNICA.-	4 Municipio y Departamento, Intendencia o Comisaría Honda.-	5 Código 6140
---	---	-------------------------

SECCION GENERAL

6 Primer apellido BALLEN.-	7 Segundo apellido SANCHEZ.-	8 Nombres LUZ MAGALY.-
9 Masculino o Femenino femenino.-	10 ☐ Masculino ☒ Femenino	11 Día 18
12 Mes Diciembre	13 Año 1.980	
14 País Colombia.-	15 Departamento, Int., o Com. Tolima.-	16 Municipio Honda.-

SECCION ESPECIFICA

17 Lugar de nacimiento HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE HONDA.-	18 Hora 9 A.M
19 Documento presentado. Antecedente (Cert. médico, Acta de parto, etc.) Certificado Médico.-	20 Nombre del profesional que certificó el nacimiento LUZ MARINA.-
21 No. licencia	22 Edad (años) 25
23 Apellido (de la madre) SANCHEZ.-	24 Nombres LUZ MARINA.-
25 Identificación (clase y número) c.c. # 28.782.809 de Honda.-	26 Nacionalidad Colombiana
27 Profesión u oficio Hogar.-	28 Apellidos BALLEN BERNAL.-
29 Nombres MIGUEL ANTONIO.-	30 Edad (años) 35
31 Identificación (clase y número) c.c. # 19.990.955 de Bogotá.-	32 Nacionalidad Colombiano
33 Profesión u oficio Empleado	

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 MIGUEL ANTONIO BALLEN BERNAL
38 Identificación (clase y número)	39 Firma (autógrafa)
40 Domicilio (Municipio)	41 Nombre
42 Identificación (clase y número)	43 Firma (autógrafa)
44 Domicilio (Municipio)	45 Nombre
46 Fecha de inscripción 2 Enero.- 1.981	47 Fecha en que se sienta este registro 1.981

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 Data: 12/09/97

VALIDO PARA MATRIMONIO SIN NOTA MARGINAL.

09 ENE 2009

MANUEL JOSE BAQUERO JARAMILLO
REGISTRADOR MUNICIPAL DEL ESTADO CIVIL
Sin Sello Oct. 21/09/97

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **28.782.809**

SANCHEZ

APELLIDOS

LUZ MARINA

NOMBRES

Luz Marina Sanchez

FIRMA





INDICE DERECHO

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

HONDA
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.57

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

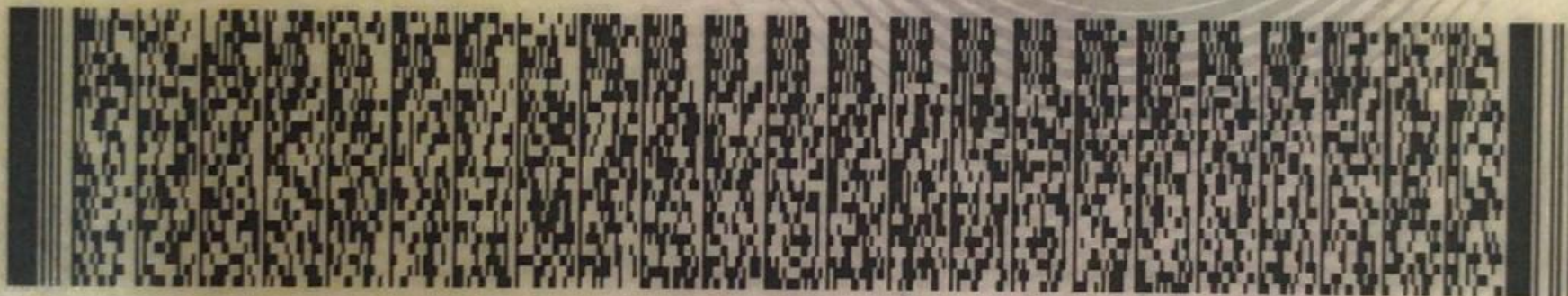
SEXO

17-ENE-1976 HONDA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-2906400-00110863-F-0028782809-20081024

0004796420A 1

6550000122

REGISTRO NACIONAL DEL ESTADO CIVIL