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- BTÁ D.C

Código Regional	**11**
Código Centro	**940510**
Fecha Elaboración	**Setiembre de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**98796-526039**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	LILIANA PATRICIA PARDO RODRIGUEZ	**C.C.**	52.169.187	**IP/Nº de contacto**	14363
Correo electrónico contratista:	lppardo7@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 ?** SI

Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000: NO **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 24526913813

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: 4601287/2023 **Nº Compromiso SIIF** **36023**

Valor Total del Contrato	$ 41.223.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 13.650.000	**8**	**Del**	**01/09/2023**	**Al**	**30/09/2023**	**$ 4.095.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 9.555.000		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 COMPETENCIAS TÉCNICAS EN EL PROGRAMA DE ARTICULACION CON LA EDUCACION MEDIA, MODALIDAD PRESENCIAL, EN LA RED DE CONOCI

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

	Setiembre	Agosto			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**2716062 - ASIST**	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.407.500,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.638.000	$ 1.638.000	Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.628.100,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 204.800	$ 204.800	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 262.100	$ 262.100	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 I	$ 8.600	$ 8.600	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 1.023.750	$ -		Reteica - 8299	35.047,00	0,966%
			-	0,00	
			-	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	$ -				
Dependientes hasta $ 1.357.184	$ 409.500		Descuentos de Libranza	0,00	
Salud hasta $ 678.592	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 802.500				
Retención en la Fuente Contingente	$ -		**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

Ob.1.Se aplico a las fichas:Recursos humanos2471827;2702928-Asistencia Administrativa 2716062;2704238,2481735;2702950;2472036;2481734
Ob.3.Se aplico a las fichas:Recursos humanos2471827;2702928-Asistencia Administrativa 2716062;2704238,2481735;2702950;2472036;2481734
Ob.6.Se aplico a las fichas:Recursos humanos2471827;2702928-Asistencia Administrativa 2716062;2704238,2481735;2702950;2472036;2481734
Ob.8.Se aplico a las fichas:Recursos humanos2471827;2702928-Asistencia Administrativa 2716062;2704238,2481735;2702950;2472036;2481734
Ob.9.Se aplico a las fichas:Recursos humanos2471827;2702928-Asistencia Administrativa 2716062;2704238,2481735;2702950;2472036;2481734
Ob.13.Se aplico a las fichas:Recursos humanos2471827;2702928-Asistencia Administrativa 2716062;2704238,2481735;2702950;2472036;2481734
Ob.14.Se aplico a las fichas:Recursos humanos2471827;2702928-Asistencia Administrativa 2716062;2704238,2481735;2702950;2472036;2481734

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.

LILIANA PATRICIA PARDO RODRIGUEZ
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,

HECTOR GONZALO ROMERO REY
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

MIREYA PARRA PINTO

SUBDIRECTORA DE CENTRO G02

RAZON SOCIAL :	PARDO RODRIGUEZ LILIANA PATRICIA
IDENTIFICACION:	CC-52169187
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2023-08-28
FECHA LIMITE DE PAGO:	2023-09-20
FECHA DE PAGO:	2023-08-28
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO CAJA SOCIAL BCSC
PERIODO PENSION:	2023-08
PERIODO SALUD:	2023-08
NUMERO PLANILLA:	27186287
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	27186287
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS008	860066942	COMPENSAR-EPS	1	$ 1.638.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 204.800	$ 204.800
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	$ 1.638.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 262.100	$ 262.100
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 1.638.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 8.600	$ 8.600
CCF22	860007336	COLSUBSIDIO	1	$ 1.638.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 32.800	$ 32.800
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 508.300	$ 508.300

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	20/10/2023

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 30 de septiembre 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.	**1025142335**	**SEBASTIAN CARVAJAL PARDO**	**HIJO**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Hijo entre 18 y 23 años, y me encuentro 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

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 Liliana Patricia Pardo R.

Nombre: Liliana Patricia Pardo Rodríguez
C.C.52.169.187 Btá

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1025142335

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 37393689

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 21 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 488

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C.

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
CARVAJAL	PARDO

Nombre(s)

SEBASTIAN

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2005 Mes OCT Día 11	MASCULINO	O	-

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	NOO A 6691147

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

PARDO RODRIGUEZ LILIANA PATRICIA

Documento de identificación (Clase y número)		Nacionalidad
C.C. 52149187	SANTAFE DE BOGOTA D.C.	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

CARVAJAL BERNAL RAFAEL

Documento de identificación (Clase y número)		Nacionalidad
C.C. 79758078	BOGOTA D.E.	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

CARVAJAL BERNAL RAFAEL

Documento de identificación (Clase y número)		Firma
C.C. 79758078	BOGOTA D.E.	X RAFAEL CARVAJAL B. 5649712

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

X.X.X.X.X

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
X.X.X.X.X	

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

X.X.X.X.X

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
X.X.X.X.X	

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2005 Mes OCT Día 18	ALBERTO GUZMAN REINOSO Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -