SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL SANTANDER
CENTRO DE GESTIÓN AGROEMPRESARIAL DEL ORIENTE-SANTANDER

Código Regional	**68**
Código Centro	**954610**
Fecha Elaboración	**21 Setiembre de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**51544-450337**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	SONIA YAMILE SANCHEZ LOPEZ	**C.C.**	52.846.130	**IP/Nº de contacto**	0
Correo electrónico contratista:	sysanchez@sena.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: BANCOLOMBIA **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** 66274907089

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:	4638078/2023			**Nº Compromiso SIIF**	**13823**
Valor Total del Contrato	$ 36.986.667	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**		**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 13.300.000	**8**	**Del** 01/09/2023	**Al** 30/09/2023	**$ 3.800.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 9.500.000		Legalización comisiones del periodo	$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA PLANEAR, EJECUTAR Y ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, QUE PROGRAME EL CENTRO DE FORMACIÓN EN PROGRAMAS DE FORMACIÓN TITULADA VIRTUAL EN EL ÁREA DE INGLES, DE ACUERDO CO

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.800.000		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	**$ 3.800.000**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.228.175**		**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	----------	**70838866**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.520.000	$ 1.520.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 190.000	$ 190.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 243.200	$ 243.200
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 15.900	$ 15.900
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 950.000	$ -	
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	$ 380.000	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 742.725	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.228.175,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.800.000,00	
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 - 8543	7.600,00	0,200%
-	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	**$3.792.400,00**	

SON: TRES MILLONES SETECIENTOS NOVENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se siguieron los lineamientos de Formación Titulada Virtual
Se mantuvo el debido respeto por la dignidad, intimidad e integridad de los miembros de la comunidad educativa
Se asignaron evidencias para las fichas 2627104, 2627104, 2644608, 2721767, 2721768, 2758376 y 2758377 de Titulada Virtual
Se cumplió con los lineamientos de orientación del desempeño del instructor en ambientes virtuales de aprendizaje
Se atendió el correo para las fichas asignadas
Se retroalimentaron las actividades de las fichas 2627103,2627104,2627105,2644608,2721767,2721768,2758376,2758377 de Titulada Virtual
Se realizaron las sesiones sincrónicas para las fichas asignadas de acuerdo con la programación
Se subieron las grabaciones de las respectivas sesiones en Territorium
TOTAL HORAS SEPTIEMBRE: 160

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.

SONIA YAMILE SANCHEZ LOPEZ
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,

VILMA VILA HERREÑO PARDO
INSTRUCTOR G15

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

JAVIER GONZALEZ FRANCO

SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

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	52846130	SONIA YAMILE SANCHEZ LOPEZ	Cl. 56 BIS No. 9-15	7114389	soniayamile@yahoo.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	
2023-08	2023-08	I	11/09/2023	70838866	$450.700	

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	190.000	0		0		0	3	700	0	190.700	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
231001	Colfondos	800227940-6	243.200	0	0	0	0	3	800	0	244.000	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	15.900				15.900	3	100	16.000			159	16.000	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	190.000	190.700
Pensión	1	243.200	244.000
Riesgos Laborales	1	15.900	16.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	449.100	450.700

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	52846130	SONIA YAMILE SANCHEZ LOPEZ		Cl. 56 BIS No. 9-15	7114389	soniayamile@yahoo.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	
2023-08	2023-08	I	11/09/2023	70838866	$450.700	

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	52846130	SANCHEZ LOPEZ SONIA YAMILE	57	0			N								X								231001	1.520.000	243.200	0	0	0	0	EPS008	1.520.000	190.000	14-23	1.520.000	2	15.900		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 20 de septiembre de 2023

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
Vélez, Santander

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:

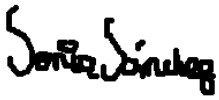
C.C.	**1000688233**	**ALEJANDRO SANCHEZ LOPEZ**	**HIJO**

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
Nombre: SONIA YAMILE SÁNCHEZ LÓPEZ
C.C. 52.846.130

	MACROPROCESO DE APOYO	CODIGO: AFIr090
	PROCESO GESTION FINANCIERA	VERSION: 2
	LIQUIDACION DE MATRICULA	PAGINA:

Nit 890680062 - 2

No. 871844 - 7

Programa	Unidad Regional	Código
MUSICA 2010 MIXTA	UNIDAD REGIONAL, EXTENSIÓN ZIPAQUIRÁ	891 - UNICO

Identificación	Tipo Documento	Nombre
1000688233	CC	ALEJANDRO SANCHEZ LOPEZ

Conceptos Liquidados

Descripción	Valor
MATRICULA MUSICA ZIPAQUIRA	$ 1.206.400,00
SEGURO DE VIDA ESTUDIANTIL	$ 11.000,00
PROGRAMA GENERACION E	($ 1.206.400,00)

Total a Pagar **$ 11.000,00**

Fechas Limites

Fecha de Pago	Recargo	Descripción	Porcentaje Basado en	Valor
30-06-2023 a 18-07-2023	0,00	0 porc. de RECARGO	DERECHOS DE MATRICULA	11.000,00

(415)7707312980015(8020)000087184471(3900)0000011000(96)20230718

Cuentas Bancarias

Bancos

DAVIVIENDA
BANAAGRARIO

NOTA: Estudiante El beneficio de gratuidad en la matricula esta sujeto a los procesos de validación y aprobación por parte del MEN. En caso de no ser aprobado por el MEN por alguno de los requisitos el estudiante deberá realizar el pago del semestre a la Universidad. Recuerde que en caso de encontrarse incurso en alguna de las causales de exclusión, usted esta en la obligación de reportarlo a la Universidad.

COPIA

Aspirante.

Académico AcademuSoft 3.2

Consultar Liquidación de Matrícula en Línea

Identificación	Tipo Documento	Nombre
1000688233	CC	SANCHEZ LOPEZ ALEJANDRO

Programas

Programa	Jornada	Categoría	Situación	Código	Unidad Regional
MUSICA 2010	MIXTA	ANTIGUO	ACTIVO	891221219	UNIDAD REGIONAL, EXTENSIÓN ZIPAQUIRÁ

Lista de Liquidaciones Registradas

Mostrar 10 registros Buscar:

Referencia de Pago	Año	Período	Total Liquidado	Total Descuento	Saldo Favor	Saldo Contra	Valor Pagado	Saldo Actual	Estado	Tipo
871844-7	2023	2	$1,217,400.00	$1,206,400.00	$0.00		$11,000.00	$0.00	**PAGADO**	NORMAL

Mostrando registros del 1 al 1 de un total de 1 registros Anterior 1 Siguiente

Continuar

Volver Ayuda Salir de la aplicación

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

1000688233

NUIP A7A0303061

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 32845839

32845839

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A 7 A

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

REGISTRADURIA DE PUENTE ARANDA BOGOTA DC COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOT

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
SANCHEZ**********	LOPEZ**********

Nombre(s)

ALEJANDRO**********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2003 Mes ENE Día 23	MASCULINO*******	O******	+********

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

COLOMBIA CUNDINÁMARCA BOGÓTA DC**********

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO**********	A4887234**********

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

SANCHEZ LOPEZ SONIA YAMILE**********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 0052846130**********	COLOMBIA**********

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

****

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
**********	**********

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

SANCHEZ LOPEZ SONIA YAMILE**********

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CEDULA DE CIUDADANIA 0052846130**********	P Sonia Sánchez

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 2003 Mes MAR Día 13	LUIS ENRIQUE GUZMAN ROMERO******* 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 -

IMPRESO POR FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800.175.457-6

ESTE REGISTRO ES COPIA AUTENTICA DEL ORIGINAL EL CUAL REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA OFIC
ART 115 DECRETO LEY 1260 DE 1970; ART 2 DECRETO 2189 DE 1983, SE OMITE SELLO SEGÚN ART
DECRETO 2150 DE 1995, EL PRESENTE SE EXPIDE A SOLICITUD DEL INTERESADO

VALIDO PARA ACREDITAR PARENTESCO

FECHA 17 SET. 2019

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Adhesivo Registro 2537148

JENNY MARCELA OTALORA GOMEZ
REGISTRADOR AUXILIAR PUENTE ARANDA L-16

Scanned by TapScanner