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	18 de Octubre de 2023
Versión	ENERO 2023 - 1,23
ID de Proceso	21037-696274

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	NUBIA STELLA CARREÑO AMAYA	**C.C.**	52.555.863	**IP/Nº de contacto**	3112752925
Correo electrónico contratista:	nscarrenoa@gmail.com				

Régimen del IVA: NO RESPONSABLE **Pertenece al régimen simple de tributación?** NO **Es declarante de renta?** SI **Es Pensionado?** NO

Banco al cual consignar: DAVIVIENDA **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** NO

Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000: SI **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 0570001670062387

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: 5300473/2023 **Nº Compromiso SIIF** 90623

Valor Total del Contrato	$ 16.787.541	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**			**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 10.609.726	**3**	**Del**	**01/10/2023**	**Al** 31/10/2023	**$ 4.029.010,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 6.580.716		Legalización comisiones del periodo		$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn 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 de las competencias contempladas en los Programas de Formación Complementaria Virtual que forman parte de las familias: Gestión Administrativa, Gestión Organizacional, Gestión Documental,

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.029.010	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	**$ 4.029.010**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.314.507**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**		**$ 0**

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

	Octubre	Setiembre			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	---	**71392497**	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.314.507,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.611.604	$ 1.611.604	Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.569.610,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 201.500	$ 201.500	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 257.900	$ 257.900	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	$ 8.500	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 1.007.252	$ -		Reteica - 8299	34.482,00	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	$ 402.901		Descuentos de Libranza	0,00	
Salud hasta $ 678.592	$ 72.200		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 771.502				
Retención en la Fuente Contingente	$ -		**VALOR A PAGAR**	**$3.994.528,00**	

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 ficha
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.

NUBIA STELLA CARREÑO AMAYA
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,

CLAUDIA PILAR POVEDA CORTES
INSTRUCTOR G20

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

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	52555863	NUBIA STELLA CARREÑO AMAYA	CALLE 67 N. 77 A 85	3112752925	nscarrenoa@gmail.com	
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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-09	2023-09	I	04/10/2023	71392497	$490.000	

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	206.700	0		0		0	0	0	0	206.700	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	264.600	0	0	0	0	0	0		264.600	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	8.700				8.700	0	0	8.700			87	8.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	10.000	0	0	10.000	1

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	206.700	206.700
Pensión	1	264.600	264.600
Riesgos Laborales	1	8.700	8.700
CCF	1	10.000	10.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	490.000	490.000

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	52555863	NUBIA STELLA CARREÑO AMAYA	CALLE 67 N. 77 A 85	3112752925	nscarrenoa@gmail.com	
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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-09	2023-09	I	04/10/2023	71392497	$490.000	

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	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCION	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	52555863	CARREÑO AMAYA NUBIA STELLA	59	0			N																	25-14	1.653.168	264.600	0	0	0	0	EPS008	1.653.168	206.700	14-23	1.653.168	1	8.700	CCF24	1.653.168	10.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 18 de octubre 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.	**1141714307**	**WEHYMAR SANTIAGO RODRIGUEZ CARREÑO**	**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: Nubia Stella Carreño Amaya

C.C. 52.555.863 de Bogotá

NO IMPRIMA ESTA HOJA ES SOLAMENTE DE CARÁCTER INFORMATIVO

REQUISITOS PARA DEDUCCIONES POR DEPENDIENTES

En el siguiente cuadro se relacionan los requisitos y documentos que se deben adjuntar para poder acceder al beneficio de disminución de retención en la fuente, por dependientes:

DEDUCCION	CONCEPTO	REQUISITOS
DEPENDIENTES	Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad.	Registro civil de nacimiento
	Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre 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 por la autoridad competente.	Recibo de pago de matrícula de instituciones debidamente acreditadas
	Los hijos del contribuyente mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Medicina Legal
	El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal
	Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal

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

NUIP 1141714307

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 40152361

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número: 70 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código: [ ]

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
RODRIGUEZ	CARRERO

Nombre(s)

JEHYMAR SANTIAGO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2006 Mes JUN Día 21	MASCULINO	A	+

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	A 7294540

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

CARRERO AMAYA HUBIA STELLA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 52553863	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

RODRIGUEZ CALA GUSTAVO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 91112199	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

RODRIGUEZ CALA GUSTAVO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. 91112199	

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

Año 2006 Mes JUN Día 24

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MARGOTH SALINAS BERNAL
NOTARIA
Nombre y firma del funcionario que autoriza

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y Firma

ESPACIO PARA NOTAS

NOTARIA 70
DEL CÍRCULO DE BOGOTA

LA PRESENTE FOTOCOPIA FUE TOMADA DEL ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA NOTARÍA. SE EXPIDE A SOLICITUD DEL INTERESADO PARA DEMOSTRAR PARENTESCO, DE CONFORMIDAD A LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 115 DECRETO 1260 DE 1970, ART. 1° DECRETO 278 DE 1972, ART. 2° DECRETO 2189 DE 1983

ESTE REGISTRO TIENE VALIDEZ PERMANENTE

Fecha: 02 FEB. 2011

FECA S.A. NIT. 890.221.151-0

— ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO —

40152361

compensar | salud
Plan Complementario

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR

COMPENSAR EPS

Nit. 860.066942-7

Certifica

El(la) señor(a) NUBIA STELLA CARREÑO AMAYA identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 52555863, registra como contratante del Plan PLAN COMPLEMENTARIO VITAL con los siguientes afiliados:

Nombre	Identificación	Parent	Estado	Plan	Valor Mensual
NUBIA STELLA CARREÑO AMAYA	CC - 52555863	TR	Vigente a la fecha	PLAN COMPLEMENTARIO VITAL	$ 37.472
WEHYMAR SANTIAGO RODRIGUEZ CARREÑO	TI - 1141714307	HI	Vigente a la fecha	PLAN COMPLEMENTARIO VITAL	$ 37.472
				Total Mensual Grupo Familiar	**$ 74.944**

- Valor Mensual Incluye IVA del 5%

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), en Bogotá a los 21 días del mes de febrero de 2023.

Observaciones:

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS. Cualquier aclaración, con gusto será atendida en nuestra Línea de Atención de Servicios de Salud (601) 3078088, exclusiva para Plan Complementario Especial y Plan Complementario Vital.

Cordialmente,

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio

compensar | salud
Plan Complementario

COMPENSAR EPS.

Elaboró: TRANSACCIONES EN LINEA CER-PAS 12959957

VIGILADO Supersalud

VIGILADO SuperSubsidio