

 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	Octubre de 2023
			Versión	ENERO 2023 - 1,23
			ID de Proceso	94082-028935
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista:		ADRIANA MARIA PUENTES GUEVARA		
Correo electrónico contratista:		apuentesg@sena.edu.co		
Régimen del IVA:		☐ NO RESPONSABLE	Pertenece al régimen simple de tributación?	☐ NO
Banco al cual consignar:		BANCO CAJA SOCIAL		
Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a \$53'206.000:		☐ NO		
Inducción SST		☐ SI		
Presta Servicios Excluidos de IVA ?		☐ SI		
C.C.		52.546.179		
IP/N° de contacto		5461600		
Tipo de cta		AHORROS		
N° Cuenta		24091252942		
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:	5191514/2023		N° Compromiso SIIF	70223
Valor Total del Contrato	\$ 22.025.255	N ° Pago	4	
Saldo Anterior del Contrato	\$ 10.609.726	Periodo objeto de pago	Del 01/10/2023 Al 31/10/2023	
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 6.580.716	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				
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	Octubre	Setiembre		
	71212583	71212583		
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.611.604	\$ 1.611.604	Base retención en la fuente a título de RENTA 2.368.657,00 TARIFA	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 201.500	\$ 201.500	Base retención en la fuente a título de ICA 3.569.610,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 257.900	\$ 257.900	Valor base IVA 0,00	
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00 19%	
ARL	\$ 8.500	\$ 8.500	Menos Retención en la Fuente 0,00 0,00%	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -	\$ -	Menos Retención IVA 0,00 15%	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -	\$ -	Reteica - 8299 34.482,00 0,966%	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC	\$ -	\$ -	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%	
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	\$ -	\$ -	Descuentos de Libranza 0,00	
Dependientes hasta	\$ 1.357.184	\$ 402.901	Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00	
Salud hasta	\$ 678.592	\$ -	VALOR A PAGAR \$3.994.528,00	
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.			ADRIANA MARIA PUENTES GUEVARA 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				

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52546179	ADRIANA MARIA PUENTES GUEVARA		CLL 56 B 71 B 21	7773126	adrimarpg@misena.edu.co
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
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2023-09	2023-09	I	19/10/2023	71212583	\$467.900
TOTAL A PAGAR					

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	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	257.900	0	0	0	0	0	0		257.900	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	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	201.500	201.500
Pensión	1	257.900	257.900
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	467.900	467.900

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52546179	ADRIANA MARIA PUENTES GUEVARA		CLL 56 B 71 B 21	7773126	adrimarpg@misena.edu.co
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
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2023-09	2023-09	I	19/10/2023	71212583	\$467.900
					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	Sueldo	Exonerado	Columna exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	MA	MA	MA	AVP	VCT	IRL	CONEXIÓN	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	52546179	PUENTES GUEVARA ADRIANA MARIA	59	0		N																			25-14	1.611.604	257.900	0	0	0	0	EPS008	1.611.604	201.500	14-23	1.611.604	1	8.500		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA



FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá D.C., 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.	1024478106	ISABELLA SALGADO PUENTES	HIJO
T.I.	1024505725	HELLEN SALOME SALGADO PUENTES	HIJO
NUIP - NIP	1010248302	LOHAN NICOLAS MORENO PUENTES	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: ADRIANA MARÍA PUENTES GUEVARA

C.C.52546179

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

NUIP 1024478106

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

38554403

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒ Notaría ☐ Número ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código A H B

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

REGISTRADURIA DE CIUDAD BOLIVAR BOGOTA D.C COLOMBIA CUNDINAMARCA BOG

Datos del inscrito

Primer Apellido SALGADO***** Segundo Apellido PUENTES*****

Nombre(s) ISABELLA*****

Fecha de nacimiento Año 2 0 0 5 Mes D I C Día 1 5 Sexo (en letras) FEMENINO***** Grupo Sanguíneo O***** Factor RH +*****

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección) COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA DC*****

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO***** Número certificado de nacido vivo A6790385*****

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos PUENTES GUEVARA ADRIANA MARIA*****

Documento de identificación (Clase y número) CEDULA DE CIUDADANIA 0052546179***** Nacionalidad COLOMBIA*****

Datos del padre

Apellidos y nombres completos SALGADO HUERFANO ELKIN GABRIEL*****

Documento de identificación (Clase y número) CEDULA DE CIUDADANIA 0079922346***** Nacionalidad COLOMBIA*****

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos SALGADO HUERFANO ELKIN GABRIEL*****

Documento de identificación (Clase y número) CEDULA DE CIUDADANIA 0079922346***** Firma X ELKIN SALGADO

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 2 0 0 5 Mes D I C Día 1 9 Nombre y firma del funcionario que autoriza JESUS EDUVER RUIZ BROCHERO*****

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario en el cual se hace el reconocimiento. Nombre y Firma

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

REPUBLICA DE COLOMBIA



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

NUIP 1.024.505.725

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 41564147

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒ Notaría ☐ Número ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código A 8 B

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
REGISTRADURIA DE CIUDAD BOLIVAR BOGOTA DC - COLOMBIA - CUNDINAMARCA

Datos del inscrito

Primer Apellido SALGADO Segundo Apellido PUENTES
Nombre(s) HELLEN SALOME

Fecha de nacimiento Año 2 0 0 8 Mes J U N Día 1 0 Sexo (en letras) FEMENINO Grupo Sanguíneo O Factor RH POSITIVO

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO Número certificado de nacido vivo 510653652

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos PUENTES GUEVARA ADRIANA MARIA

Documento de identificación (Clase y número) CC 52.546.179 Nacionalidad COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos SALGADO HUERFANO ELKIN GABRIEL

Documento de identificación (Clase y número) CC 79.922.346 Nacionalidad COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos SALGADO HUERFANO ELKIN GABRIEL

Documento de identificación (Clase y número) CC 79.922.346 Firma ELKIN SALGADO

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 2 0 0 8 Mes J U L Día 0 8

Nombre y firma del funcionario que autoriza

JOSE ILDEFONSO LESMES UMBACIA - R

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Firma

Nombre y Firma

ESPACIO PARA NOTAS



ESTE REGISTRO ES FOTOCOPIA AUTENTICA DEL ORIGINAL, EL CUAL REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA OFICINA. SE EXPIDE PARA ACREDITAR PARENTESCO, ARTICULO 115 DECRETO LEY 1260 DE 1970; TIENE VIGENCIA PERMANENTE ART. 2 DECRETO 2189 DE 1983; SE OMITE SELLO SEGUN ART. 11 DECRETO 2150 DE 1995.

SOLICITADO POR:

CEDULA NRO.

PARENTESCO

FECHA EXPEDICIÓN

09 OCT 2018

FOTOCOPIADO POR:

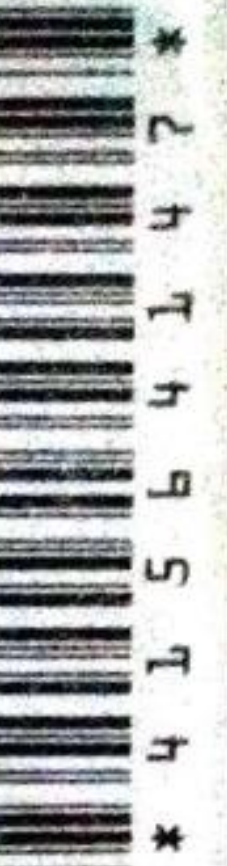
1.024.505.725

CLAUDIA JANNETH TEJEDOR BLANCO

REGISTRADOR DEL ESTADO CIVIL CIUDAD BOLIVAR (E)- BOGOTA D.C. / L18

23954610-5

— ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO —





REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL



Adhesivo Copia
Registro Civil

21498249-0

NUIP 1.010.248.302

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

57834233

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒ Notaria ☐ Número ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código A 1 B

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

REGISTRADURIA DE LA CANDELARIA BOGOTA DC - COLOMBIA - CUNDINAMARCA -

Datos del inscrito

Primer Apellido

MORENO

Segundo Apellido

PUENTES

Nombre(s)

LOHAN NICOLAS

Fecha de nacimiento

Año 2017 Mes NOV Día 08

Sexo (en letras)

MASCULINO

Grupo sanguíneo

A

Factor RH

POSITIVO

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo

14492817-2

Datos de madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

PUENTES GUEVARA ADRIANA MARIA

Documento de identificación (Clase y número)

CC 52.546.179

Nacionalidad

COLOMBIA

Datos de padre o madre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

MORENO VINA NICOLAS

Documento de identificación (Clase y número)

CC 1.110.536.831

Nacionalidad

COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

MORENO VINA NICOLAS

Documento de identificación (Clase y número)

CC 1.110.536.831

Firma

NICOLAS MORENO VINA

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 2017 Mes NOV Día 23

Nombre y firma del funcionario que autoriza

DIANA MARIA RAMIREZ ROJAS REGIS

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

NICOLAS MORENO VINA

Nombre y firma

23.NOV.2017 - LIBRO DE VARIOS - TOMO 38 FOLIO 072.



FECHA DE
EXPEDICIÓN

23 NOV. 2017

ESTE REGISTRO ES FOTOCOPIA AUTENTICA DEL ORIGINAL, EL CUAL REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE OFICINA, SE EXPIDE PARA ACREDITAR PARENTESCO, ARTICULO 115 DECRETO LEY 1260 DE 1970. TIENE VIGENCIA PERMANENTE ART 1 DECRETO 2180 DE 1983, SE OMITE SELLO SEGUN ART 11 DECRETO 2150 DE 1995.

DIANA MARIA RAMIREZ ROJAS
REGISTRADORA AUXILIAR DEL ESTADO CIVIL
LOCALIDAD 17 LA CANDELARIA

COPIA PARA LA OFICINA DE REGISTRO