

 <p>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</p>	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL DISTRITO CAPITAL CENTRO DE GESTION ADMINISTRATIVA-BTA D C - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION		Código Regional	11
			Código Centro	940410
			Fecha Elaboración	16 de Octubre de 2023
			Versión	ENERO 2023 - 1,23
			ID de Proceso	06334-655060

DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista: ALEXANDRA SORAYA BELTRAN CASTRO		C.C. 63.339.282	IP/N° de contacto 3005570383	
Correo electrónico contratista: asbeltran@sena.edu.co				
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 ? SI		
Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a \$53'206.000: SI	Tipo de cta AHORROS	N° Cuenta 0550046300191163		
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: 4574378/2023	N° Compromiso SIIF 35423			
Valor Total del Contrato \$ 42.036.004 Saldo Anterior del Contrato \$ 10.609.726 Nuevo Saldo del Contrato \$ 6.580.716	N° Pago 9	Periodo objeto de pago Del 01/10/2023 Al 31/10/2023		Valor Bruto Pago \$ 4.029.010,00
		Legalización comisiones del periodo \$ 0,00		

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		Prestar servicios personales de carácter temporal, orientando la Formación Profesional Integral, de acuerdo con la programación definida por el Centro de Gestión Administrativa, ejecutando acciones de Formación Titulada Virtual y/o acompañamiento en Etapa Productiva, en las redes de conocimiento vigentes para la modalidad virtual		
---	--	---	--	--

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				
	Octubre	Setiembre		
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		9457132512	Base retención en la fuente a título de RENTA 2.368.657,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC \$ 1.611.604	\$ 1.611.604	\$ 1.611.604	Base retención en la fuente a título de ICA 3.569.610,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud \$ 201.500	\$ 201.500	\$ 201.500	Valor base IVA 0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión \$ 257.900	\$ 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	\$ 8.500	Menos Retención IVA 0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias \$ 8.835.833	\$ -	\$ -	Reteica - 8299 34.482,00	0,966%
\$ 1.007.252	\$ -	\$ -	Otras Retenciones 0,00	0,000%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC \$ 13.430.466	\$ -	\$ -	Otras Retenciones 0,00	0,000%
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 \$ -	\$ -	\$ -	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	
Atender la formación Virtual de aprendices en el área específica del respectivo programa de formación, en las fases o Competencias Orientar y apoyar a los aprendices en el desarrollo de proyectos formativos y/o productivos en las respectivas etapas de formación. Garantizar la actualización de los contenidos y tecnologías, de las fases o Competencias que se desarrolla formación del aprendiz Así mismo, de acuerdo con el área de desempeño para la cual fue seleccionado deberá orientar la formación, para desarrollar en aprendiz 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. Cumplimiento del manual, estándares y lineamientos vigentes para la orientación de procesos de formación a través de ambientes virtual Orientar, apoyar, acompañar y asesorar en forma permanente e integral a los aprendices en el proceso de formación Participar en las diferentes actividades programadas por el Centro de Formación, encaminadas al fortalecimiento de la formación	

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.	ALEXANDRA SORAYA BELTRAN CASTRO 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, CARMEN ROSA DIAZ GONZALEZ 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 GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 63339282		BELTRAN CASTRO ALEXANDRA SORAYA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	anillo vial 21 360 casa 51	FLORIDABLANCA-SANTANDER	6198196	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2023-09	2023-09	200953423	9457132512	I	2023/10/20	2023/10/05	BANCO DAVIVIENDA	\$467,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES														PENSION		SALUD		CCF		RIESGOS		PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irt	vip	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Dias	Exonerado SENA e ICBF
1	CC	63339282	BELTRAN CASTRO ALEXANDRA SORAYA																		25-14	30	EPS005	30		0	14-23	30	0	No
Total Afiliados(1)																														

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 63339282		BELTRAN CASTRO ALEXANDRA SORAYA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	anillo vial 21 360 casa 51	FLORIDABLANCA-SANTANDER	6198196	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-09	2023-09	200953423	9457132512	I	2023/10/20	2023/10/05	BANCO DAVIVIENDA	0	\$467,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$257,900	\$0	\$0	\$257,900
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$257,900	\$0	\$0	\$257,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$8,500	\$0	\$0	\$8,500
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$8,500	\$0	\$0	\$8,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$201,500	\$0	\$0	\$201,500
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$201,500	\$0	\$0	\$201,500
TOTAL				1	\$467,900	\$0	\$0	\$467,900

Verificados los resultados del participante en el curso virtual
Función Pública certifica que:

Alexandra Soraya Beltrán Castro

C.C 63.339.282

Participó y completó el curso virtual:

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción.

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 12 de octubre 2023



Francisco Camargo Salas
Director de Empleo Público

Código: 761135211000

Bucaramanga, 17 /octubre/2023

Señores
Grupo Administrativo Intercentros CTCM
Servicio Nacional de Aprendizaje SENA
Ciudad

Asunto: Solicitud deducible retención en
fuente por dependientes

Estimados señores:

Con la presente solicito que de acuerdo con el Artículo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el Artículo 2º. Párrafo 3ro. del Decreto 099 del 2013, se tenga en cuenta como deducible de mis ingresos brutos provenientes del contrato de prestación de servicios por el concepto de dependientes, los cuales relaciono a continuación:

Apellidos y Nombre	Documento Identidad	Calidad del Dependiente 1. Hijos menores 18 años. 2. Hijos estudiantes entre 18 y 23 años. 3. Hijos mayores a 23 años con dependencia por factores físicos o psicológicos. 4. Cónyuge con ingresos inferiores a 260 UVT o dependencia por factores físicos o psicológicos. 5. Padres o hermanos con ingresos inferiores a 260 UVT o dependencia por factores físicos o psicológicos.
Ana María Carvajal Beltrán	1097095407	Hija menor de 18 años

Certifico bajo la gravedad de juramento la información consignada en esta solicitud y me comprometo a enviar solicitud de revocación de aplicación del deducible por dependientes en el caso en que cesen las condiciones que dan origen a esta solicitud.

Cordialmente,


ALEXANDRA SORAYA BELTRÁN CASTRO
C.C. 63.339.282

Anexo: Relación de documentos que anexa el trabajador.

- Registro civil de nacimiento X
- Certificado de estudios.
- Certificado contador público.
- Certificado medicina legal.

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

NUIP 1097095407

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

55405162

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número 07 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código Q S E

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

COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA

Datos del inscrito

Primer Apellido CARVAJAL Segundo Apellido BELTRAN

Nombre(s) ANA MARIA

Fecha de nacimiento Año 2 0 0 5 Mes N O V Día 3 0 Sexo (en letras) Femenino Grupo sanguíneo Factor RH

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

COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

SOLICITUD ESCRITA

Número certificado de nacido vivo

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos BELTRAN CASTRO ALEXANDRA SORAYA

Documento de identificación (Clase y número) CC NRO.63.339.282 DE B/MANGA Nacionalidad COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos CARVAJAL CACERES EDGAR JESUS

Documento de identificación (Clase y número) CC NRO. 91.258.427 DE B/MANGA Nacionalidad COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos BELTRAN CASTRO ALEXANDRA SORAYA

Documento de identificación (Clase y número) CC NRO. 63.339.282 DE B/MANGA Firma

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 1 5 Mes E N E Día 0 5

Nombre y firma del funcionario que autoriza

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Firma

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

ESTE FOLIO SUSTITUYE AL SERIAL #39993149 DE FECHA 01/12/2005 POR ERROR MECANOGRAFICO EN LOS DATOS DE LA MADRE DEL INSCRITO OMITIENDOSE SU SEGUNDO NOMBRE, DE CONFORMIDAD CON EL ART 4 DEC 999 DE 1988, HOY ART 91 DEC 1260 DE 1970. ZJTR

Notaria Septima

05 ENE 2015

16 FEB 2018

HECTOR ELIAS ARIZA VELASCO

NOTARIO SEPTIMO CIRCULO DE BUCARAMANGA



ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO