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	**49009-713465**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	BEISY YURANI ENDE ROA	**C.C.**	53.063.836	**IP/Nº de contacto**	3134761829
Correo electrónico contratista:	byender@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: 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: SI **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 24046294667

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:	5190853/2023			**Nº Compromiso SIIF**	**77223**		
Valor Total del Contrato	$ 21.488.053	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 10.609.726	**4**	**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 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 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	**$ 2.368.657**		**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	----------	**71187383**	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.368.657,00	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 I	$ 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	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 789.552				
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

1. Atender la formación presencial de aprendices.
2. Aplicar al proceso de certificación de competencias según normas de competencias que aplica a la función Instructor.
3. Cumplimiento oportuno con las entregas de los distintos formatos y documentos requeridos en el proceso administrativo.
4. Orientar, apoyar, acompañar y asesorar en forma permanente e integral a los aprendices en el proceso de formación.
5. Participar en las diferentes actividades programadas por el Centro de 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.

BEISY YURANI ENDE ROA
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,

ADRIANA PATRICIA BALLEN SUAREZ
INSTRUCTOR G11

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

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **BEISY YURANI ENDE ROA**, identificada con **CC** número **53063836**, aportó por el empleado **BEISY YURANI ENDE ROA** identificado(a) con **CC** número **53063836** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, el periodo de pensión de 09 - 2023 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	59															0		30	$1,611,604	0.16000	$257,900	$0	$0	Septiembre - 2023	71187383	11/10/2023	NO
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	59															0		30	$1,611,604	0.00600	$9,700	$0	$0	Septiembre - 2023	71187383	11/10/2023	NO
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	59															0		30	$1,611,604	0.12500	$201,500	$0	$0	Septiembre - 2023	71187383	11/10/2023	NO
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	59															0		30	$1,611,604	0.00522	$8,500	$0	$0	Septiembre - 2023	71187383	11/10/2023	NO

PAGADA

El presente certificado se expide a los **20** días del mes **Octubre**de **2023**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 20 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:

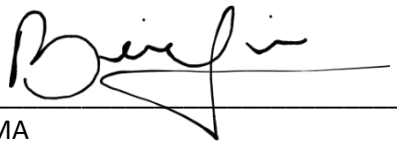
T.I.	**1010842992**	**Miguel Angel Arevalo Ende**	**HIJO**

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: Beisy Yurani Ende Roa
C.C.53.063.836

REPUBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1010845205

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 53115282

53115282

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina NOTARIA 14

Registraduría [ ] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A1D

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

COLOMBIA | CUNDINAMARCA | BOGOTA. D.C

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
AREVALO	ENDE

Nombre(s): MIGUEL ANGEL

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2014 Mes NOV Día 21	MASCULINO	"O"	POSITIVO

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

COLOMBIA | CUNDINAMARCA | BOGOTA. D.C

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO DE NACIDO VIVO	52963085-6

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: ENDE ROA BEISY YURANI

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.53.063.836 DE BOGOTA D.C.	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: AREVALO OVALLE FREDY ALBERTO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.80.743.560 DE BOGOTA D.C.	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: AREVALO OVALLE FREDY ALBERTO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C.80.743.560 DE BOGOTA D.C.	x Fredy Alberto Arevalo O

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 2014 Mes DIC Día 02	JORGE LUIS BUELVAS HOYOS Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
x Fredy Alberto Arevalo Ovalle ANOTADO AL LIBRO DE VARIOS:169 FOLIO:258	JORGE LUIS BUELVAS HOYOS Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

PARA DEMOSTRAR PAGO ART. 115 DECRETO LEY 1250 DE 1970
COMO NOTARIO CATORCE DE ESTE CIRCULO HAGO CONSTAR QUE ESTA FOTOCOPIA COINCIDE CON SU ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE LA NOTARIA CORRESPONDIENTE
AL LIBRO ____ FOLIO ____
SERIAL ____
BOGOTA, D.C. 02 DIC. 2014

JORGE LUIS BUELVAS HOYOS
NOTARIO CATORCE (E)
BOGOTA D.C.

IMPRESO POR PANAMERICANA FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800.175.457-5 TEL. 430 2110

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -