

 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	21 Noviembre de 2023
			Versión	ENERO 2023 - 1,23
			ID de Proceso	09474-835593
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista:		DEICY MILENA OSORIO RODRIGUEZ		C.C.
Correo electrónico contratista:		dmosorio149@misena.edu.co		52.886.941
Régimen del IVA:		NO RESPONSABLE		IP/N° de contacto
Pertenece al régimen simple de tributación?		NO		3143083502
Es declarante de renta?		SI		Es Pensionado?
Es Pensionado?		NO		
Banco al cual consignar:		DAVIVIENDA		Inducción SST
Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a \$53'206.000:		SI		SI
Tipo de cta		AHORROS		N° Cuenta
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2023 supera los \$ 169'648.000 (debe cambiarse a responsable IVA)		NO		009970464781
DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO				
N° del contrato:	5190690/2023	N° Compromiso SIIF	68323	
Valor Total del Contrato	\$ 22.025.255	N° Pago	5	Periodo objeto de pago
Saldo Anterior del Contrato	\$ 6.580.716	Del	01/11/2023	Al
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 2.551.706	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	Noviembre	Octubre	Base retención en la fuente a título de RENTA	2.368.657,00
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 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	Valor base IVA	0,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 257.900	\$ 257.900	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00
ARL	\$ 8.500	\$ 8.500	Menos Retención IVA	0,00
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -	\$ -	Reteica - 8299	34.482,00
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC	\$ -	\$ -		0,00
Aportes voluntarios a Fondos de pensiones voluntarias	\$ -	\$ -		0,00
Intereses Prestamo de Vivienda	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Aportes A.R.L. de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
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				
Atender la formación presencial 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 en las cuales se desarrolla la formación de l Orientar la formación, para desarrollar en los aprendices las competencias del programa. 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 Cumplimiento del manual, estándares y lineamientos vigentes para la orientación de procesos de formación Participar en las actividades de seguridad y salud en el trabajo programadas por el Centro y acoger las recomendaciones establecidas Orientar, apoyar, acompañar y asesorar en forma permanente e integral a los aprendices en el proceso 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.				
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 periodo 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, NURY PATRICIA MALDONADO ZARATE 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 TATIANA LENKE MATA LLANA ROA SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)				

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52886941		OSORIO RODRIGUEZ DEICY MILENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 14 B 119 A 76 IN 5 AP 903	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2023-10	2023-10	281258092		9458004621	I	2023/11/10	2023/11/16	BANCO DAVIVIENDA	\$470,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																							
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte		
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,611,604	\$257,900			\$1,611,604	\$201,500			\$0	\$0			\$1,611,604	\$8,500		\$0	\$0		
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,611,604	\$257,900			\$1,611,604	\$201,500			\$0	\$0			\$1,611,604	\$8,500		\$0	\$0		
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$1,611,604	\$257,900			\$1,611,604	\$201,500			\$0	\$0			\$1,611,604	\$8,500		\$0	\$0		
1	CC	52886941	OSORIO DEICY	230301	30	\$1,611,604	\$257,900	EPS005	30	\$1,611,604	\$201,500	0		\$0	\$0	14-23	30	\$1,611,604	\$8,500	0		\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$1,611,604	\$257,900			\$1,611,604	\$201,500			\$0	\$0			\$1,611,604	\$8,500		\$0	\$0		

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52886941		OSORIO RODRIGUEZ DEICY MILENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 14 B 119 A 76 IN 5 AP 903	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2023-10	2023-10	281258092		9458004621	I	2023/11/10	2023/11/16	BANCO DAVIVIENDA	\$470,800

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$257,900	\$1,600	\$0	\$259,500	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$257,900	\$1,600	\$0	\$259,500	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$8,500	\$100	\$0	\$8,600	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$8,500	\$100	\$0	\$8,600	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$201,500	\$1,200	\$0	\$202,700	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$201,500	\$1,200	\$0	\$202,700	
TOTAL				1	\$467,900	\$2,900	\$0	\$470,800	



FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 21 de noviembre 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.	1010847887	Simón Matías Lozano Osorio	HIJO
T.I.	1012920385	Juan José Galarza Osorio	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,

DEICY MILENA OSORIO RODRIGUEZ

CC. 52886941 Bogotá D.C



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 59385590

NUIP	1010847887
------	------------

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina							
Registraduría	☐	Notaría	☒	Número	11	Consulado	☐
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía				Código			
COLOMBIA CUNDINAMARCA				BOGOTA			

Datos del inscrito			
Primer Apellido		Segundo Apellido	
LOZANO		OSORTO	
Nombre(s)			
SIMON NATIAS			
Fecha de nacimiento		Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo
Año	2018	Mes	SEPT
Día	07	MASCULINO	O
Factor RH			
POSITIVO			
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)			
COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA			

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	14381918-4

Datos de la 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	
OSORIO RODRIGUEZ DEICY HELENA	
Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 52886941 DE BOGOTA D.C.	COLOMBIANA

Datos de la 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 segundo apellido del inscrito)	
Apellidos y nombres completos	
LOZANO CLAVIJO CRISTHIAN CAMILO	
Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 1023884505 DE BOGOTA D.C.	COLOMBIANA

Datos del declarante	
Apellidos y nombres completos	
LOZANO CLAVIJO CRISTHIAN CAMILO	
Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
C.C. No. 1023884505 DE BOGOTA D.C.	

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	2018
Mes	SEPT
Día	20
JORGE LUIS BUSTOS REYES	
Nombre y firma	



- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

NUIP 1012920385

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 41897114

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registro actual ☐ Nacimiento ☒ Número ☐ Contribución ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código 1003

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA

Datos del inscrito

Primer Apellido

GALARZA

Segundo Apellido

OSORIO

Nombre

JUAN JOSE

Fecha de nacimiento

Año 2009

Mes ABR

Día 20

Sexo (en letras)

MASCULINO

Grupo Sanguíneo

O

Factor RH

POSITIVO

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo

51914049-4

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

OSORIO RODRIGUEZ DEICY MILENA

Documento de identificación (Clase y número)

C.C. No. 52,886,941 de BOGOTA

Nacionalidad

COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

GALARZA PINZON MAURICIO ANDRES

Documento de identificación (Clase y número)

C.C. No. 79,951,589 de BOGOTA

Nacionalidad

COLOMBIANA

Datos del testador

Apellidos y nombres completos

GALARZA PINZON MAURICIO ANDRES

Documento de identificación (Clase y número)

C.C. No. 79,951,589 de BOGOTA

Firma

[Firma manuscrita]

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 2009

Mes MAY

Día 06

[Firma manuscrita]
MANUEL JOSE CAROPRESE MENDEZ

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Firma

Nombre y Firma

ESPACIO PARA NOTAS

July

FORMA NO. 001-2014

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO