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 SERVICIOS FINANCIEROS- BTÁ D.C

Código Regional	**11**
Código Centro	**940510**
Fecha Elaboración	**Noviembre de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**18190-501222**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	YAMILY YOHANA BELLO VILLAMIL	**C.C.**	33.700.702	**IP/Nº de contacto**	0
Correo electrónico contratista:	yamily.bello@misena.edu.co				

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

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

Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000: NO **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 24111295588

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: 5457958/2023 **Nº Compromiso SIIF** **107423**

Valor Total del Contrato	$ 9.145.500	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 6.688.500	**2**	**Del**	**01/11/2023**	**Al**	**30/11/2023**	**$ 4.095.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 2.593.500		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

Prestar servicios profesionales con plena autonomía técnica, administrativa y financiera, para orientar la formación de competencias técnicas en los programas de modalidad presencial de la red de conocimiento de Informática, Diseño y Desarrollo de Software, en el área temática de Software, garantizando el cumplimiento del proceso formativo de los aprendices del Centro de Servicios Financieros,

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.095.000		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	$ 2.457.000			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 6.552.000**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 3.715.800**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Noviembre	Octubre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**9457730730**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.638.000	$ 1.160.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 204.800	$ 145.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 262.100	$ 185.600
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 8.600	$ 6.100
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 1.638.000	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC $ 13.430.466	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $ 13.430.466	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 4.241.200	$ -	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 262.100	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 204.800	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 8.600	
Dependientes hasta $ 1.357.184	$ 655.200	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 1.238.600	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	3.715.800,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.628.100,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299	35.047,00	0,966%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$4.059.953,00**	

SON: CUATRO MILLONES CINCUENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y TRES PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

OBLIGACIÓN1: Planeación procesos formativos etapa productiva de las fichas:2714109 2714096 2714088 2714070 2714069 2679570 2620597 2620594 2468492 2450381 2450376 2450371 2450370 2397189 2397188 2397185 2341508 2341504 2341501 2341475 2233516 2233515 2233504
OBLIGACIÓN6: Registrar oportunamente juicios de evaluación en los aplicativos dispuestos por la entidad
OBLIGACION8: Realizar seguimiento y control mensual de los aprendices en el aplicativo dispuesto por la entidad
OBLIGACION9: Aplicar lo establecido en el reglamento del aprendiz, garantizando el debido proceso
OBLIGACIÓN5:Implementar estrategias metodológicas y pedagógicas que garanticen la retención los aprendices durante su procesoformativo
OBLIGACION14: Acompañar activamente a los aprendices en las actividades programadas en el plan de bienestar al aprendiz
OBLIGACION16: Realizar y presentar para el trámite de pagos, los informes de las actividades realizadas

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.

YAMILY YOHANA BELLO VILLAMIL
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,

MARIA ALEJANDRA SILVA GOMEZ
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

MIREYA PARRA PINTO

SUBDIRECTORA DE CENTRO G02

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 33700702		BELLO VILLAMIL YAMILY YOHANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 82#82-34	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3213751321	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-10	2023-10	267628804	9457730729	I	2023/11/02	2023/11/09	BANCO CAJA SOCIAL	7	$512,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,638,000	$262,100			$1,638,000	$204,800			$1,638,000	$32,800			$1,638,000	$8,600		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,638,000	$262,100			$1,638,000	$204,800			$1,638,000	$32,800			$1,638,000	$8,600		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,638,000	$262,100			$1,638,000	$204,800			$1,638,000	$32,800			$1,638,000	$8,600		$0	$0
1	CC 33700702	BELLO YAMILY	25-14	30	$1,638,000	$262,100	EPS017	30	$1,638,000	$204,800	CCF22	30	$1,638,000	$32,800	14-23	30	$1,638,000	$8,600	30	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,638,000	$262,100			$1,638,000	$204,800			$1,638,000	$32,800			$1,638,000	$8,600		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 33700702		BELLO VILLAMIL YAMILY YOHANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 82#82-34	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3213751321	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-10	2023-10	267628804	9457730730	I	2023/11/02	2023/11/09	BANCO CAJA SOCIAL	7	$512,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$262,100	$1,900	$0	$264,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$262,100	$1,900	$0	$264,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$8,600	$100	$0	$8,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$8,600	$100	$0	$8,700
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$32,800	$300	$0	$33,100
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	1	$32,800	$300	$0	$33,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$204,800	$1,500	$0	$206,300
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$204,800	$1,500	$0	$206,300
TOTAL				**1**	**$508,300**	**$3,800**	**$0**	**$512,100**

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

NUIP 1053328859

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 36677312

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría X | Notaría | Número | Consulado | Corregimiento | Inspección de Policía | Código D Z V

País Departamento Municipio Corregimiento e/o Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE CHIQUINQUIRA COLOMBIA BOYACA CHIQUINQUIRA**********

Datos del inscrito

Primer Apellido: SOTELO**********

Segundo Apellido: BELLO**********

Nombre(s): LAKHSMI ADONAI**********

Fecha de nacimiento: Año 2006 Mes FEB Día 18

Sexo (en letras): MASCULINO********

Grupo Sanguíneo: O*******

Factor RH: +********

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA BOYACA CHIQUINQUIRA**********

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos: CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO**********

Número certificado de nacido vivo: A6744076**********

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: BELLO VILLAMIL YAMILY YOHANA**********

Documento de identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA 0033700702**********

Nacionalidad: COLOMBIA**********

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: SOTELO SUAREZ YEISSON ALFONSO**********

Documento de identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA 0007315241**********

Nacionalidad: COLOMBIA**********

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: SOTELO SUAREZ YEISSON ALFONSO**********

Documento de identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA 0007315241**********

Firma: Yeisson Alfonso Sotelo S

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 2006 Mes ABR Día 05

Nombre y firma del funcionario que autoriza: VICENTE VERGARA MORENO**********

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Nombre y Firma

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

ESPACIO PARA NOTAS

Adhesivo Registro Civil 7478764

FIEL Y AUTE... COPIA TOMADA DE SU ORIGIN... QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA OFICINA

CIUDAD

FECHA 02 SEP 2011

Nidia Gonzalez V... Ito

REGISTRADOR ... ESTADO CIVIL

Scanned by TapScanner

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.	**1053328859**	**Lakhsmi Adonai Sotelo Bello Villamil**	**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 Yamily Johana Bello Villamil
Nombre: Yamily Yohana Bello Villamil
C.C. 33700702

NO IMPRIMA ESTA HOJA ES SOLAMENTE DE CARÁCTER INFORMATIVO

REQUISITOS PARA DEDUCCIONES POR DEPENDIENTES