SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL DISTRITO CAPITAL
CENTRO PARA LA INDUSTRIA DE LA COMUNICACIÓN GRÁFICA- BTÁ D.C.

Código Regional	**11**
Código Centro	**921710**
Fecha Elaboración	**Noviembre de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**48998-856808**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	MARTHA MARGARITA PAEZ NEIRA	**C.C.**	52.059.615	**IP/Nº de contacto**	3352738
Correo electrónico contratista:	martha.paez69@misena.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 ?** NO

Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000: NO **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 24523315489

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: 5036676/2023 **Nº Compromiso SIIF** **26023**

Valor Total del Contrato	$ 28.541.249	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 8.193.660	**6**	**Del**	**01/11/2023**	**Al**	**30/11/2023**	**$ 4.096.830,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 4.096.830		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL TITULADA/COMPLEMENTARIA/ SEGUIMIENTO A EP SEGÚN PROG ESTAB EN LOS DIF NIVS DE ACUERDO A LAS COMPETENCIAS REQ EN C/U DE LOS PROGS DE FORMACIÓN PRESENCIALES/VIRTUALES QUE SEAN ASIGNADOS POR CENIGRAF

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.096.830		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	**$ 4.096.830**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.408.585**		**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	----------	**27804502**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.638.732	$ 1.638.732
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 204.900	$ 204.900
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 262.200	$ 262.200
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 8.600	$ 8.600
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 1.024.207	$ -	
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	$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Dependientes hasta $ 1.357.184	$ 409.683	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 802.862	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.408.585,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.629.730,00	
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	35.063,00	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	**$4.061.767,00**	

SON: CUATRO MILLONES SESENTA Y UN MIL SETECIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Orientación y acompañamiento del proceso formativo para el programa
Revisión y valoración cualitativa y cuantitativa de las actividades de aprendizaje correspondientes a las actividades de proyecto
Se hace uso responsable de los espacios virtuales de aprendizaje según orientaciones de la guía AVA
Documentación y entrega de informes y reportes a la coordinación académica dentro de los tiempos estable
Participación en las diferentes reuniones y actividades programadas por la Coordinación académica y el equipo administrativo del Cent
Cumplimiento de las obligaciones normativas relacionadas con la protección personal y el teletrabajo (Formación virtual)
Aplicación de las pautas planteadas en el reglamento del aprendiz y normatividad relacionada garantizando el respeto por la dignidad,
Los materiales desarrollados y/o ajustados están a disposición del centro de formación publicados en la plataforma virtual y demás es
Apoyo a las demás actividades relacionadas con el objeto del contrato de conformidad con las instrucciones brindadas por el supervisor

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.

MARTHA MARGARITA PAEZ NEIRA
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,

EDDY MERCKX CAMACHO GUALDRON
INSTRUCTOR G16

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

RICARDO ANTONIO MELO RODRIGUEZ

SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

RAZON SOCIAL :	MARTHA MARGARITA PAEZ NEIRA
IDENTIFICACION:	CC-52059615
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	01
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	Agosto2023
FECHA GENERACION REPORTE:	2023-11-01
FECHA LIMITE DE PAGO:	2023-11-07
FECHA DE PAGO:	2023-11-01
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO CAJA SOCIAL BCSC
PERIODO PENSION:	2023-10
PERIODO SALUD:	2023-10
NUMERO PLANILLA:	27804502
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	27804502
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS001	830113831	ALIANSALUD EPS	1	$ 1.638.732	$ 0	$ 0	$ 0	$ 204.900	$ 204.900
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	$ 1.638.732	$ 0	$ 0	$ 0	$ 262.200	$ 262.200
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 1.638.732	$ 0	$ 0	$ 0	$ 8.600	$ 8.600
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 475.700	$ 475.700

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	06/12/2023

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Bogotá, 16 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 empleado contribuyente y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el parágrafo cuarto del artículo segundo del Decreto 0099 de 2013, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

T.I.	**1029150445**	**Juan José Suárez Páez.**	**HIJO**
TI	**1029147648**	**Ana María Suárez Páez**	**HIJA**

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: Martha Margarita Páez Neira

C.C. 52.059.615

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

Adhesivo Copia Registro Civil
4361701-4

NUIP 1.029.147.648

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 44218172

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** A D Q

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

REGISTRADURIA DE ANT NARIÑO-H SAN JOSE - COLOMBIA - CUNDINAMARCA - B

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
SUAREZ	PAEZ

Nombre(s)

ANA MARIA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2009 Mes SEP Día 20	FEMENINO	A	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 O DE NACIDO VIVO	52200907-4

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

PAEZ NEIRA MARTHA MARGARITA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 52.059.615	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

SUAREZ SALAMANCA JOSE JAVIER

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 79.420.489	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

SUAREZ SALAMANCA JOSE JAVIER

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 79.420.489	

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 2009 Mes SEP Día 29	JOSE LEBER PERDOMO OSUNA - REGIST Nombre y firma

Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

OFICINA PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

* 4 4 2 1 8 1 7 2 *

Escaneado con CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1.029.150.445

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial **52098465**

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [X] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A D Q

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

REGISTRADURIA DE ANT NARIÑO-H SAN JOSE - COLOMBIA - CUNDINAMARCA - B

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
SUAREZ	PAEZ

Nombre(s): JUAN JOSE

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2012 Mes JUN Día 04	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 O DE NACIDO VIVO	11392701-9

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: PAEZ NEIRA MARTHA MARGARITA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 52.059.615	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: SUAREZ SALAMANCA JOSE JAVIER

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 79.420.489	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: SUAREZ SALAMANCA JOSE JAVIER

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 79.420.489	

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 2012 Mes JUN Día 06	MARY SILVA AREVALO - REGISTRADOR Nombre y firma

Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA EL INTERESADO - COPIA DE REGISTRO -

52098465

Escaneado con CamScanner