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 GRAFICA-BTA D C - SERVICIOS PRESTADOS A

Código Regional	**11**
Código Centro	**921710**
Fecha Elaboración	**Abril de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**98433-858270**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	EDNA CAROLINA GONZALEZ HERNANDEZ	**C.C.**	1.010.168.198	**IP/Nº de contacto**	3872497
Correo electrónico contratista:	ednacaher@gmail.com				

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** 24043594375

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: 4552409/2023 **Nº Compromiso SIIF** **10923**

Valor Total del Contrato	$ 27.858.444	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 20.347.589	**3**	**Del**	**01/04/2023**	**Al**	**30/04/2023**	**$ 4.096.830,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 16.250.759		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

Prestación de servicios personales de carácter temporal para impartir formación profesional integral titulada y/o complementaria y/o seguimiento a etapa productiva según programación establecida, en los diferentes niveles de acuerdo a las competencias requeridas en cada uno de los programas de formación presenciales y virtuales que sean asignados por el Centro para la Industria de la

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

	Abril	**Marzo**
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**9449201286**
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

Orientar y acompañar en forma permanente e integral los aprendices en el área, las competencias, resultados de aprendizaje.
Apoyar la ejecución del procedimiento de la formación profesional integral y la Guía desarrollo del proceso formativo.
Participar en la programación y ejecución del proceso de inducción de aprendices de formación titulada.
Reportar en el aplicativo Sofía Plus en un plazo máximo de tres (3) días todas las actividades que de acuerdo con los procesos.
Participar en las diferentes reuniones y actividades programadas por la entidad y/o el centro de formación a las que le sea notificada
Usar los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumirá su costo.
Mantener el debido respeto por la dignidad, intimidad e integridad de los miembros de la comunidad educativa, así como guardar lealtad
Mantener el debido respeto por la dignidad, intimidad e integridad de los miembros de la comunidad educativa, así como guardar lealtad
Cumplir los lineamientos de orientación del desempeño del instructor en ambientes virtuales de aprendizaje.

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.

EDNA CAROLINA GONZALEZ HERNANDEZ
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,

DIANA YADIRA CASTRO RUSSI
COORDINADORA ACADÉMICA

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

DIEGO ARMANDO CRISTANCHO CRISTANCHO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1010168198		GONZALEZ HERNANDEZ EDNA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 60A #49A - 21 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3104822032	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-03	2023-03	2001476504	9449201286	I	2023/04/26	2023/04/03	BANCO CAJA SOCIAL	0	$475,700

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	irl	vip	Codigo	Días	Codigo	Dias	Codigo	Días	Codigo	Días	Días	Exonerado SENA e ICBF
1	CC	1010168198	GONZALEZ HERNANDEZ EDNA CAROLINA							X											231001	30	EPS008	30		0	14-23	30	0	No
Total	**Afiliados(1)**																												

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1010168198		GONZALEZ HERNANDEZ EDNA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 60A #49A - 21 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3104822032	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-03	2023-03	2001476504	9449201286	I	2023/04/26	2023/04/03	BANCO CAJA SOCIAL	0	$475,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$262,200	$0	$0	$262,200
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$262,200	$0	$0	$262,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$8,600	$0	$0	$8,600
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$8,600	$0	$0	$8,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$204,900	$0	$0	$204,900
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$204,900	$0	$0	$204,900
TOTAL				1	$475,700	$0	$0	$475,700

CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES

Bogotá, 18 de abril de 2023

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (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.	**1025550367**	**Luciana Villanueva González**	**HIJO**
NIUP	**1027544533**	**Juan José Villanueva González**	**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 informó 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: _EDNA CAROLINA GONZÁLEZ HERNÁNDEZ_

C.C. __1010168198__

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP: 1025550367

Indicativo Serial: 52679828

52679828

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 57 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 057

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

COLOMBIA **** CUNDINAMARCA **** BOGOTA *** NOTARIA 57

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
VILLANUEVA	GONZALEZ

Nombre(s): LUCIANA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2012 Mes SEP Día 22	FEMENINO	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 DE NACIDO VIVO	11677379-3

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: GONZALEZ HERNANDEZ EDNA CAROLINA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 1010168198 DE BOGOTA D.C.	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: VILLANUEVA OSORIO CHRISTIAN CAMILO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 80728638 DE BOGOTA D.C.	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: VILLANUEVA OSORIO CHRISTIAN CAMILO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. No. 80728638 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 2012 Mes SEP Día 27	NIBARDO AGUSTIN FUERTES MORALES Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	NIBARDO AGUSTIN FUERTES MORALES Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

LV T 163 F 160

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

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

Escaneado con CamScanner

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1027544533

Indicativo Serial 62150149

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código		
	X					A	9	H

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. NOTARIA 58 BOGOTA DC * * * * * * *

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
VILLANUEVA * * * * * * * * * * * * *	GONZALEZ * * * * * * * * * * * * *

Nombre(s)
JUAN JOSE *

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2022 Mes ENE Día 01	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 * * * * * * * *	170690384 * * * *

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
GONZALEZ HERNANDEZ EDNA CAROLINA *

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1010168198 * * * * * * * * * * * * * * * * *	COLOMBIA * * * * * * *

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
VILLANUEVA OSORIO CHRISTIAN CAMILO * * * * * * * * * * * * * * * * * * *

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 80728638 * * * * * * * * * * * * * * * * * *	COLOMBIA * * * * * * *

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos
VILLANUEVA OSORIO CHRISTIAN CAMILO * * * * * * * * * * * * * * * * * * *

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 80728638 * * * * * * * * * * * * * * * * * *	

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 2022 Mes ENE Día 06	DIANA MARCELA ESTUPIÑAN MUÑOZ (E)

Nombre y firma

REPUBLICA DE COLOMBIA Notaría 58 DEL CIRCULO DE BOGOTA

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Cadena s.a.