

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL DISTRITO CAPITAL CENTRO NACIONAL DE HOTELERÍA, TURISMO Y ALIMENTOS- BTÁ D.C.		Código Regional	11
			Código Centro	940610
			Fecha Elaboración	Diciembre de 2023
			Versión	ENERO 2023 - 1,23
			ID de Proceso	19811-830512
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista: MAGDA CECILIA ARCE MOYA Correo electrónico contratista: mcarce0@misena.edu.co		C.C. 35.896.410	IP/N° de contacto 17955	
Régimen del IVA: ☒ NO RESPONSABLE		Pertenece al régimen simple de tributación? ☒ NO		
Banco al cual consignar: AV VILLAS		Inducción SST ☒ SI		
Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a \$53'206.000: ☒ NO		Presta Servicios Excluidos de IVA ? ☒ NO		
		Tipo de cta AHORROS N° Cuenta 661700323		
		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				
N° del contrato: 5081611/2023		N° Compromiso SIIF 50023		
Valor Total del Contrato \$ 19.920.600 Saldo Anterior del Contrato \$ 2.083.200 Nuevo Saldo del Contrato \$ 0	N° Pago 6	Periodo objeto de pago Del 01/12/2023 Al 16/12/2023		Valor Bruto Pago \$ 2.083.200,00
		Legalización comisiones del periodo \$ 0,00		
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		11_9406_499_Contratar la prestación de servicios personales para impartir formación profesional integral de carácter temporal en periodos fijos de instructor de forma titulada y/o complementaria presencial y virtual para desarrollar actividades encaminadas al proceso de enseñanza, aprendizaje y evaluación basados en competencias laborales por proyectos en los diferentes niveles de		
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios \$ 2.083.200		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 \$ 2.083.200		Menos, Retefuente Otros Ingresos \$ 0		
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 1.149.060		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO \$ 0		
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
		Diciembre Noviembre	Base retención en la fuente a título de RENTA 1.149.060,00 Base retención en la fuente a título de ICA 1.752.600,00 Valor base IVA 0,00 IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00 19% Menos Retención en la Fuente 0,00 0,00% Menos Retención IVA 0,00 15% Reteica - 8299 16.930,00 0,966% 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 \$2.066.270,00	
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		4524176177		
Ingreso Base de Cotización - IBC \$ 1.160.000		\$ 1.562.400		
Aporte obligatorio a seguridad social salud \$ 145.000		\$ 195.300		
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión \$ 185.600		\$ 250.000		
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional \$ -		\$ 0		
ARL II \$ 12.200		\$ 16.400		
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias \$ 8.835.833		\$ -		
\$ 520.800		\$ -		
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		\$ 208.320		
Salud hasta \$ 678.592		\$ -		
Renta Exenta 25% \$ 2.792.123		\$ 383.020		
Retención en la Fuente Contingente \$ -		\$ -		
SON: DOS MILLONES SESENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS SETENTA PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Impartí formación profesional a los programas de técnico en cocina, técnico en barismo y tecnólogos en servicios turísticos y hotelero en la competencia de razonamiento cuantitativo, a las fichas: 2825805, 286139, 2861638, 2868211 y 2668207				
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.				
		 MAGDA CECILIA ARCE MOYA EL CONTRATISTA		
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO				
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:		Autorizo el presente pago. El Supervisor,		
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.				
		CARLOS JAVIER GONZALEZ NAVARRETE INSTRUCTOR		
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 SONIA YAMILE ACUNA LESMES SUBDIRECTORA DE CENTRO G02				

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE										DATOS GENERALES DE LA PLANILLA									
TIPO IDENTIFICACIÓN:					CEDULA DE CIUDADANIA					NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:					35896410				
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:					MAGDA CECILIA ARCE MOYA					NÚMERO PLANILLA:					4524176177				
CIUDAD/MUNICIPIO:					BOGOTA DISTRITO CAPITAL					PERIODO COTIZACIÓN OTROS					MES				
DIRECCIÓN:					CALLE 10 # 86 -90					DÍAS DE MORA:					noviembre AÑO				
TIPO APORTANTE:					02-INDEPENDIENTE					PERIODO COTIZACIÓN SALUD:					MES				
TIPO EMPRESA:					PRIVADA					FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):					2023/11/30				
FORMA DE PRESENTACIÓN:					ÚNICO					NÚMERO AUTORIZACIÓN:					I-INDEPENDIENTES				
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):					NO					2023					9996779112				

TOTAL APORTES A PENSIÓN														
ADMINISTRADORA				No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE					EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR			1	\$ 250.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 250.000	\$ 0	\$ 250.000
SUBTOTALES:												\$ 250.000	\$ 0	\$ 250.000

TOTAL APORTES A SALUD																
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 195.300		\$ 0		\$ 0	\$ 195.300	\$ 0	\$ 195.300
SUBTOTALES:												\$ 195.300	\$ 0	\$ 0		\$ 195.300

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 16.400	\$ 16.400	\$ 0	\$ 0	\$ 16.400
SUBTOTALES:									\$ 16.400	\$ 0	\$ 0	\$ 16.400

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																											
DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES										SEGURIDAD SOCIAL																PARAFISCALES																							
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN				SEGURO SOCIAL				SALUD				ARP			IBCF	CCF			ICBF	ESAP	MINEDU											
																											ADMIN	DÍAS COT.	IBC	COTIZACIÓN	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT.	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES		TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT.				IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT.	IBCF	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
																															SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO																									
1	CC 35896410	ARCE MOYA MAGDA CECILIA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		\$ 1.562.400				NO																		230301-PORVENIR	30	1.562.400	\$ 250.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 250.000	EPS005-SANITAS S.A.	30	1.562.400	\$ 195.300	\$ 0	\$ 195.300	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	1.562.400	\$ 35896410	\$ 16.400	\$ 0		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0					

TOTAL

\$ 461.700

EFFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS:	9442361889	DV:	548702
Cliente:		110263	PILA RECAUDO
Fecha:		30/11/2023	11:59:55
PAP:			911964
Identificacion:			35896410
Nombre:		MADGA	CECILIA
Apellido 1:			ARCE
Apellido 2:			MOYA
TIPO DOCUMENTO:		CEDULA DE	CIUDADANIA
TELEFONO:			3218528228
Codigo Planilla:			4524176177
Periodo Pago:			2023/11
Valor Comision:			0
Valor Iva Comision:			0
Referencia:	35896410	Valor:	\$461.700,00

Aplica condiciones particulares con el
cliente beneficiario

Conserve este recibo, es el unico
soporte valido para atender cualquier
reclamacion.

Para reclamaciones presente este
recibo: Tel. (1) 6510101.
servicioalcliente@efecty.com.co.
www.efecty.com.co



PROCESO GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Generalidades:

1. El objetivo del presente formato es de brindar Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.
2. En el Instructivo Documentos para Registro de Obligaciones y Trámites de Pagos GRF-I-002, indica los requisitos indispensables para el registro de obligaciones para pago de honorarios de prestación de servicios personales.
3. El trámite que surte después de diligenciado es el de garantizar que la deducción para aplicación del beneficio tributario en la cuenta de cobro de los honorarios de los contratistas.
4. La periodicidad con que se debe diligenciar es con el primer pago de la cuenta de cobro de los contratistas.
5. El documento no requiere de impresión y se conserva en el archivo electrónico del aplicativo SECOP II.



FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

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 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.	1123436369	ELKIN DAVID RENGIFO ARCE	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,

Magda C. Arce M

FIRMA

Nombre: Magda Cecilia Arce Moya

C.C. 35896410



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

NUIP 1123436369

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

40918726

Clase de la oficina de registro - Clase de oficina						
Registraduría ☐	Notaria ☒	Número <input type="text"/>	Consulado ☐	Corregimiento ☐	Inspección de Policía ☐	Código K 9 H
Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía						
NOTARIA 3 VILLAVICENCIO COLOMBIA META VILLAVICENCIO*****						
Nombre del inscrito						
Primer Apellido			Segundo Apellido			
RENGIFO*****			ARCE*****			
Nombre(s)						
ELKIN DAVID*****						
Fecha de nacimiento		Sexo (en letras)		Grupo Sanguíneo		Factor RH
Año 2007	Mes OCT	Día 05	MASCULINO*****	O*****	*****	

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigo		Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO*****		A7801762*****

Nombre de la madre		Apellidos y nombres completos
		ARCE MOYA MAGDA CECILIA*****
Documento de identificación (Clase y número)		Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 0035896410*****		COLOMBIA*****

Nombre del padre		Apellidos y nombres completos
		RENGIFO MONTANO ELKIN *****
Documento de identificación (Clase y número)		Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 0011807282*****		COLOMBIA*****

Nombre del declarante		Apellidos y nombres completos
		RENGIFO MONTANO ELKIN *****
Documento de identificación (Clase y número)		Firma
CEDULA DE CIUDADANIA 0011807282*****		ELKIN RENGIFO MONTANO

Nombre primer testigo		Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)		Firma
*****		*****

Nombre segundo testigo		Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)		Firma
*****		*****

Fecha de inscripción		Nombre y firma del funcionario que autoriza	
Año 2007	Mes OCT	Día 11	CESAR ALFONSO SALCEDO TORRES*****
		Nombre y firma	

Reconocimiento paterno		Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento	
ELKIN RENGIFO MONTANO		CESAR ALFONSO SALCEDO TORRES	
Firma		Nombre y firma	

ESPACIO PARA NOTAS

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO



Versión: 05

Código:
GTH- F- 074

Proceso Gestión de Talento Humano

Formato Entrega de Bienes e Información de Ejecución Contractual por el Contratista

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA: Magda Cecilia Arce Moya

IDENTIFICACIÓN

CIUDAD Bogotá, D.C. FECHA dic-23 REGIONAL Distrito Capital 35.896.410

DIRECCIÓN U OFICINA DONDE SE EJECUTÓ EL CONTRATO:

Centro Nacional de Hotelería, Turismo y Alimentos

NÚMERO Y FECHA DE CONTRATO:

CO1.PCCNTR.5081611 del 14 de junio de 2023

CAUSAL DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO

LIQUIDACIÓN POR MUTUO ACUERDO ☒ CESIÓN ☐ LIQUIDACIÓN ANTICIPADA POR MUTUO ACUERDO ☐ TERMINACIÓN UNILATERAL ☐

DEPENDENCIA SENA

Marcar
con x

RESPONSABLES

NOMBRES Y APELLIDOS

FIRMA

ALMACÉN E INVENTARIOS

X

Generar reporte de <https://miinventario.sena.edu.co/inicio.aspx> y anexar al formato, garantizando que no tiene elementos a su cargo.

BIBLIOTECA

X

MILENA GONZALEZ

COORDINACIÓN DE: ÁREA/GRUPO/
ACADEMICA

X

CARLOS JAVIER GONZALEZ NAVARRETE

SUPERVISOR DE CONTRATO

X

CARLOS JAVIER GONZALEZ NAVARRETE

GESTION DE TIC

X

MARIA DEL ROSARIO AMORTEGUI

ADMINISTRACION DE DOCUMENTOS

X

MARIA CAMILA MENDOZA CAMARGO

OFICCE

X

SANDRA MARIA MENDEZ LASSO

OFFICE

CONTABILIDAD

X

DERLY ANGELICA ALVARADO

05-12-23

ELEMENTOS FALTANTES U OBLIGACIONES PENDIENTES (Relacionar con su respectivo valor)

OTROS :

Firma del Contratista



De acuerdo con los registros del Sistema para la Administración y Control de Bienes SACB, el Sr(a) MAGDA CECILIA ARCE MOYA identificado(a) con CC. 35896410 NO registra bienes a cargo.

Fecha de emisión del reporte: 5 de Diciembre de 2023 a las 11:48:20

El cuentadante responde administrativa y fiscalmente por los bienes aquí relacionados y rendirá cuentas de su utilización. Todo ello según lo dispuesto sobre este particular en la Constitución Política Nacional Art. 124 y en especial lo establecido en los numerales 21 y 22 del Art. 34 de la Ley 734 de 2002; Resolución 1378 de 2018 y en las obligaciones generales de los Contratos de Prestación de Servicios.

A 05-12-23