SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL BOYACÁ
CENTRO INDUSTRIAL DE MANTENIMIENTO Y MANUFACTURA-BOYACÁ

Código Regional	**15**
Código Centro	**951410**
Fecha Elaboración	**Diciembre de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**58797-485074**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	LISETH ANDREA LOPEZ ALARCON	**C.C.**	46.375.903	**IP/Nº de contacto**	3185402442
Correo electrónico contratista:	liandrelo@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** 24018505494

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: 5316477/2023 **Nº Compromiso SIIF** **215523**

Valor Total del Contrato	$ 14.800.929	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 2.095.707	**5**	**Del**	**01/12/2023**	**Al**	**15/12/2023**	**$ 1.964.725,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 130.982		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)

Prestar los servicios personales para planear, orientar y evaluar actividades de Formación Profesional Integral que imparte el Centro Industrial de Mantenimiento y Manufactura en la red de conocimiento INSTITUCIONAL DE LA ENSEÑANZA DE IDIOMAS, área temática de IDIOMAS en los programas de formación Titulada Regular o Complementaria de conformidad con los Lineamientos

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 1.964.725		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	**$ 1.964.725**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.073.664**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Diciembre	Noviembre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**4527652085**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.160.000	$ 1.571.780
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 145.000	$ 196.500
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 185.600	$ 251.500
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 6.100	$ 8.300
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 491.181	$ -	
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	$ 196.473	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 357.888	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

		TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de RENTA	1.073.664,00	
Base retención en la fuente a titulo de ICA	1.964.725,00	
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	0,00	1,000%
-	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	**$1.964.725,00**	

SON: UN MILLÓN NOVECIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS VEINTICINCO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

```
Actividades desarrollas del: 01/12/2023 a 15/12/2023
Código de fichas:2875569, 2882152, 2882151, 2886088, 2886089
Total horas de actividades académicas:76
Total horas actividades adicionales:0
Total horas mes:76
```

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.

LISETH ANDREA LOPEZ ALARCON
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,

GUSTAVO ADOLFO DIAZ CAMARGO
INSTRUCTOR G14

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

ROSA EDITH PARRA LEÓN

SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	46375903
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			LISETH ANDREA LOPEZ ALARCON
CIUDAD/MUNICIPIO:	SOGAMOSO	DEPARTAMENTO:	BOYACA
DIRECCIÓN:	CRA 22 A N 3A-07	TELÉFONO:	7707702
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4527652085**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	noviembre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	noviembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2023	SALUD:	AÑO:	2023
DÍAS DE MORA:		2			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2023/12/06	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9996898733

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 252.100
		SUBTOTAL:	1	**$ 252.100**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 196.900
		SUBTOTAL:	1	**$ 196.900**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 8.400
		SUBTOTAL:	1	**$ 8.400**

VALOR SIN MORA:	**$ 456.400**
VALOR MORA:	**$ 1.000**
TOTAL PAGADO:	**$ 457.400**

Planilla Pagada

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Sogamoso, diciembre 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.	1054286921.	Samuel Felipe Bermúdez López	Hijo

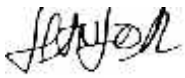
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

) 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

Nombre: Liseth Andrea López Alarcón

C.C. _46375903_____

REPUBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1054286921

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 41730844

41730844

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria	Notaria	Numero	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
	X	03				E 2 N

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

COLOMBIA BOYACA SOGAMOSO NOTARIA TERCERA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
BERMUDEZ	LOPEZ

Nombre(s)

SAMUEL FELIPE

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2009 Mes ABR Día 08	MASCULINO	B	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA BOYACA SOGAMOSO

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFIDADO MEDICO DE NACIDO VIVO.	31637551-2

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

LOPEZ ALARCON LISETH ANDREA.

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.No. 46.375.903 DE SOGAMOSO.	COLOMBIANA.

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

BERMUDEZ MARTINEZ WILSON.

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C. .no. 7.171.327 DE TUNJA .	COLOMBIANO.

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

BERMUDEZ MARTINEZ WILSON.

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C. .no. 7.171.327 DE TUNJA.	Wilson Bermudez Martinez

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

REPUBLICA DE COLOMBIA
MARLEN BELTRAN MEDINA
NOTARIA ENCARGADA
NOTARIA TERCERA SOGAMOSO

EL NOTARIO TERCERO DEL CIRCULO DE SOGAMOSO
CERTIFICA QUE EL CONTENIDO DE ESTE DOCUMENTO
CORRESPONDE EXACTAMENTE AL DEL ORIGINAL
QUE SE ENCUENTRA EN EL ARCHIVO DE ESTA NOTARIA
10 OCT 2013
EL NOTARIO

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2009 Mes ABR Día 17	GUSTAVO PEDRAZA GUTIERREZ. Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Wilson Bermudez Martinez. Firma	GUSTAVO PEDRAZA GUTIERREZ. Nombre y Firma

REPUBLICA DE COLOMBIA NOTARIA TERCERA SOGAMOSO NOTARIO

ESPACIO PARA NOTAS

— ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO —

Escaneado con CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1054286921

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 41730844

41730844

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria	Notaria	Numero	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
	X	03				E 2 N

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

COLOMBIA BOYACA SOGAMOSO NOTARIA TERCERA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
BERMUDEZ	LOPEZ

Nombre(s)

SAMUEL FELIPE

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2009 Mes ABR Día 08	MASCULINO	B	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA BOYACA SOGAMOSO

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFIDADO MEDICO DE NACIDO VIVO.	31637551-2

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

LOPEZ ALARCON LISETH ANDREA.

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.No. 46.375.903 DE SOGAMOSO.	COLOMBIANA.

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

BERMUDEZ MARTINEZ WILSON.

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C. .no. 7.171.327 DE TUNJA .	COLOMBIANO.

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

BERMUDEZ MARTINEZ WILSON.

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C. .no. 7.171.327 DE TUNJA.	Wilson Bermudez Martinez

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

REPUBLICA DE COLOMBIA
MARLEN BELTRAN MEDINA
NOTARIA ENCARGADA
NOTARIA TERCERA SOGAMOSO

EL NOTARIO TERCERO DEL CIRCULO DE SOGAMOSO
CERTIFICA QUE EL CONTENIDO DE ESTE DOCUMENTO
CORRESPONDE EXACTAMENTE AL DEL ORIGINAL
QUE SE ENCUENTRA EN EL ARCHIVO DE ESTA NOTARIA
10 OCT 2013
EL NOTARIO

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2009 Mes ABR Día 17	GUSTAVO PEDRAZA GUTIERREZ. Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Wilson Bermudez Martinez. Firma	GUSTAVO PEDRAZA GUTIERREZ. Nombre y Firma

REPUBLICA DE COLOMBIA NOTARIA TERCERA SOGAMOSO NOTARIO

ESPACIO PARA NOTAS

— ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO —

Escaneado con CamScanner