SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)

REGIONAL DISTRITO CAPITAL

CENTRO DE SERVICIOS FINANCIEROS- BTÁ D.C

Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1

Código Regional	**11**
Código Centro	**940510**
Fecha Elaboración	**Diciembre de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**16792-320379**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	MIGUEL ANGEL CORTES ROA	**Banco a consignar:**	BANCO DE BOGOTA
Cédula de Ciudadanía	1.024.515.550	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	miguela_cortes3@soy.sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	041738733
IP/Nº de contacto:	14510	**Presta Servicios Excluidos de IVA:**	SI
Inducción SST:	SI	**Pertenece al régimen simple de tributación:**	NO
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta por el año gravable 2023**	NO

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	NO
Sus ingresos en el 2023 fueron iguales o superiores a $59.377.000	NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2024 es igual o superior a $188.260.000 (debe registrarse como responsable del IVA)	NO
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?	NO
Concepto del pago corresponde a:	Ninguno
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.	0,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	6231791/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**66724**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	9

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	Prestar los servicios profesionales de carácter temporal con autonomía e independencia, para atender los procesos formativos de los aprendices en las competencias transversales asociados a la red de conocimiento Institucional de Pedagogía en el área temática de Actividad Física y Hábitos de Vida Saludables de los programas presenciales y/o complementarios de acuerdo con lineamientos

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/12/2024**	**Al**	**17/12/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 2.530.450
Número de pago	**9**			**Valor Total del Contrato:**	$ 35.426.300
Valor Bruto Pago:			**$ 2.530.450,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 0

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.530.450	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 2.530.450**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.425.105**	**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		----------	**82266686**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.300.000	$ 1.786.200
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 162.500	$ 223.300
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 208.000	$ 285.800
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 6.800	$ 9.400
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -	
Dependientes hasta		$ 253.045	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 27.886.012	$ 475.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 7.539.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	1.425.105,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	2.159.950,00	
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 - BOGOTÁ	20.865,00	0,966%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$2.509.585,00**	

SON: DOS MILLONES QUINIENTOS NUEVE MIL QUINIENTOS OCHENTA Y CINCO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ob 1 Se desarrollo la planeación de las respectivas fichas asignadas por la coordinación.

Ob 3 Se Apoyo el proceso de inducción a las fichas,con el desarrollo de la planeación de las fichas asignadas.

Ob 4 Se impartió formación presencial a las fichas:3065758-GESTION CONTABLE Y DE INFORMACION FINANCIERA. (12 horas),3065844-ANALISIS Y DESARROLLO DE SOFTWARE. (6.00 horas),3065478-ASISTENCIA PARA LA INTELIGENCIA EMPRESARIAL.(6.00 horas),3059676-OPERACIONES COMERCIALES EN RETAIL. (15.00 horas), 3059687 - OPERACIONES COMERCIALES EN RETAIL. (15.00 horas)

Ob 7 Se implementan estrategias para mitigar la deserción de los Aprendices, durante la etapa lectiva como: aplicación de sesiones de aprendizaje que involucran actividades lúdico pedagogías

Ob 10 Se realiza seguimiento y control en Sofia plus de las novedades reportadas ante la Coordinación Académica correspondiente

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

MIGUEL ANGEL CORTES ROA
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí 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,

OLGA LUCIA RUIZ FLOREZ
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
ERNESTO ACEVEDO SOTO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

05/12/24 17:10:32 USUARIO: SIC - C.C. 1024515550

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1024515550	MIGUEL ANGEL CORTES ROA	Calle 20 # 5-24	0000000	Miguelitocortes77@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-11	2024-11	I	03/12/2024	82266686	$518.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	223.300	0		0		0	0	0	0	223.300	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	285.800	0	0	0	0	0	0		285.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	9.400				9.400	0	0	9.400			94	9.400	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	223.300	223.300
Pensión	1	285.800	285.800
Riesgos Laborales	1	9.400	9.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	518.500	518.500

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1024515550	MIGUEL ANGEL CORTES ROA	Calle 20 # 5-24	0000000	Miguelitocortes77@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-11	2024-11	I	03/12/2024	82266686	$518.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																			PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1024515550	CORTES ROA MIGUEL ANGEL	59	0			N																	230301	1.786.200	285.800	0	0	0	0	EPS002	1.786.200	223.300	14-23	1.786.200	1	9.400		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **MIGUEL ANGEL CORTES ROA**, identificada con **CC** número **1024515550**, aportó por **MIGUEL ANGEL CORTES ROA** identificado(a) con **CC** número **1024515550** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para los periodos de pensión comprendidos entre 02 - 2024 y 11 - 2024 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
230301	Porvenir	59	X														0		22	$1,290,667	0.16000	$206,600	$0	$0	Febrero - 2024	74831472	19/02/2024	NO
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	59	X														0		22	$1,290,667	0.00522	$6,800	$0	$0	Febrero - 2024	74831472	19/02/2024	NO
EPS002	Salud Total EPS	59	X														0		22	$1,290,667	0.12500	$161,400	$0	$0	Febrero - 2024	74831472	19/02/2024	NO
230301	Porvenir	59	X														0	A	22	($1,290,667)	(0.16000)	($206,600)	$0	$0	Febrero - 2024	75782848	22/03/2024	NO
230301	Porvenir	59	X														0	C	30	$1,786,200	0.16000	$285,800	$0	$0	Febrero - 2024	75782848	22/03/2024	NO
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	59	X														0	A	22	($1,290,667)	(0.00522)	($6,800)	$0	$0	Febrero - 2024	75782848	22/03/2024	NO
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	59	X														0	C	30	$1,786,200	0.00522	$9,400	$0	$0	Febrero - 2024	75782848	22/03/2024	NO
EPS002	Salud Total EPS	59	X														0	A	22	($1,290,667)	(0.12500)	($161,400)	$0	$0	Febrero - 2024	75782848	22/03/2024	NO
EPS002	Salud Total EPS	59	X														0	C	30	$1,786,200	0.12500	$223,300	$0	$0	Febrero - 2024	75782848	22/03/2024	NO
230301	Porvenir	59															0		30	$1,786,200	0.16000	$285,800	$0	$0	Marzo - 2024	75739311	12/04/2024	NO
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	59															0		30	$1,786,200	0.00522	$9,400	$0	$0	Marzo - 2024	75739311	12/04/2024	NO
EPS002	Salud Total EPS	59															0		30	$1,786,200	0.12500	$223,300	$0	$0	Marzo - 2024	75739311	12/04/2024	NO
230301	Porvenir	59															0		30	$1,786,200	0.16000	$285,800	$0	$0	Abril - 2024	77102825	15/05/2024	NO
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	59															0		30	$1,786,200	0.00522	$9,400	$0	$0	Abril - 2024	77102825	15/05/2024	NO
EPS002	Salud Total EPS	59															0		30	$1,786,200	0.12500	$223,300	$0	$0	Abril - 2024	77102825	15/05/2024	NO
230301	Porvenir	59															0		30	$1,786,200	0.16000	$285,800	$0	$0	Mayo - 2024	77766217	07/06/2024	NO
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	59															0		30	$1,786,200	0.00522	$9,400	$0	$0	Mayo - 2024	77766217	07/06/2024	NO
EPS002	Salud Total EPS	59															0		30	$1,786,200	0.12500	$223,300	$0	$0	Mayo - 2024	77766217	07/06/2024	NO
230301	Porvenir	59															0		30	$1,786,200	0.16000	$285,800	$0	$0	Junio - 2024	78660244	12/07/2024	NO
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	59															0		30	$1,786,200	0.00522	$9,400	$0	$0	Junio - 2024	78660244	12/07/2024	NO

PAGADA

El presente certificado se expide a los **6** días del mes **Diciembre**de **2024**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

EPS002	Salud Total EPS	59															0		30	$1,786,200	0.12500	$223,300	$0	$0	Junio - 2024	78660244	12/07/2024	NO
230301	Porvenir	59															0		30	$1,786,200	0.16000	$285,800	$0	$0	Julio - 2024	79435491	13/08/2024	NO
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	59															0		30	$1,786,200	0.00522	$9,400	$0	$0	Julio - 2024	79435491	13/08/2024	NO
EPS002	Salud Total EPS	59															0		30	$1,786,200	0.12500	$223,300	$0	$0	Julio - 2024	79435491	13/08/2024	NO
230301	Porvenir	59															0		30	$1,786,200	0.16000	$285,800	$0	$0	Agosto - 2024	80142984	09/09/2024	NO
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	59															0		30	$1,786,200	0.00522	$9,400	$0	$0	Agosto - 2024	80142984	09/09/2024	NO
EPS002	Salud Total EPS	59															0		30	$1,786,200	0.12500	$223,300	$0	$0	Agosto - 2024	80142984	09/09/2024	NO
230301	Porvenir	59															0		30	$1,786,200	0.16000	$285,800	$0	$0	Septiembre - 2024	81001973	15/10/2024	NO
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	59															0		30	$1,786,200	0.00522	$9,400	$0	$0	Septiembre - 2024	81001973	15/10/2024	NO
EPS002	Salud Total EPS	59															0		30	$1,786,200	0.12500	$223,300	$0	$0	Septiembre - 2024	81001973	15/10/2024	NO
230301	Porvenir	59															0		30	$1,786,200	0.16000	$285,800	$0	$0	Octubre - 2024	81749035	13/11/2024	NO
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	59															0		30	$1,786,200	0.00522	$9,400	$0	$0	Octubre - 2024	81749035	13/11/2024	NO
EPS002	Salud Total EPS	59															0		30	$1,786,200	0.12500	$223,300	$0	$0	Octubre - 2024	81749035	13/11/2024	NO
230301	Porvenir	59															0		30	$1,786,200	0.16000	$285,800	$0	$0	Noviembre - 2024	82266686	03/12/2024	NO
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	59															0		30	$1,786,200	0.00522	$9,400	$0	$0	Noviembre - 2024	82266686	03/12/2024	NO
EPS002	Salud Total EPS	59															0		30	$1,786,200	0.12500	$223,300	$0	$0	Noviembre - 2024	82266686	03/12/2024	NO

El presente certificado se expide a los **6** días del mes **Diciembre**de **2024**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

	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: MIGUEL ANGEL CORTES						IDENTIFICACIÓN
CIUDAD	BOGOTÁ	FECHA	02 DE noviembre DE 2024	REGIONAL	BOGOTÁ	1024515550
DIRECCIÓN U OFICINA DONDE SE EJECUTÓ EL CONTRATO:		CENTRO DE SERVICIOS FINANCIEROS CALLE 65 Y SEDE SALITRE				
NÚMERO Y FECHA DE CONTRATO:	CO1.PCCNTR.6231791	entre 16/05/2024 y 17/12/2024				

CAUSAL DE TERMINACIÓN

DEL CONTRATO

LIQUIDACIÓN POR MUTUO ACUERDO	X	CESIÓN		LIQUIDACIÓN ANTICIPADA POR MUTUO ACUERDO		TERMINACIÓN UNILATERAL	

DEPENDENCIA SENA	Marcar con x	RESPONSABLES	
		NOMBRES Y APELLIDOS	FIRMA
GESTIÓN DE TIC	X	Néstor Alfonso Puerto Jiménez	
ADMINISTRACIÓN DE DOCUMENTOS	X	Olga Lucia Ruiz Florez	
ENTREGA CARNÉ (A Supervisor del Contrato en las Regionales y Centros de Formación) SECRETARÍA GENERAL		NO APLICA	
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.	
SERVICIOS GENERALES, ADQUISICIONES (Administración de edificio; Contratación)	X	Jose Guillermo Cardozo	
CONTABILIDAD	X	Carlos Andrés Perea Olave	
TESORERIA	X	Néstor Ávila Alfonso	
COORDINACIÓN DE: ÁREA/GRUPO/ ACADEMICA	X	Olga Lucía Ruiz Flórez	
BIBLIOTECA	X	Sandy Geraldine Ortiz Ortiz	Sandy Ortiz Ortiz
OTRO			
OTRO			
SUPERVISOR DE CONTRATO	X	Olga Lucía Ruiz Flórez	

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

OTROS.

MIGUEL CORTES

Firma del Contratista

Scanned with CamScanner

De acuerdo con los registros del Sistema para la Administración y Control de Bienes SACB, el documento 1024515550 NO ha sido registrado en la Base de Datos y por tanto NO registra bienes a cargo.

Fecha de emisión del reporte: 5 de Diciembre de 2024 a las 17:14:02

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.

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BOGOTÁ, 20 de Abril del 2024

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
BOGOTÁ

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:

RC	1242694209	ANTONY EMANUEL CORTES CALVO	Hijo(a)

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.

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,



MIGUEL ANGEL CORTES ROA
C.C. 1024515550

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Adhesivo Copia Registro Civil
37077649-4

64134895

NUIP 1.242.694.209

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 64134895

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [X] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A 7 P

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

REGISTRADURIA DE AUX SOACHA - COLOMBIA - CUNDINAMARCA - SOACHA.....

Datos del Inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
CORTES.....	CALVO.....

Nombre(s)

ANTONY EMANUEL.....

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2024 Mes JUL Día 15	MASCULINO.....	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.....	24079811046975.....

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

CALVO FUENTES YEIMY JOHANA.....

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.024.539.809.....	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

CORTES ROA MIGUEL ANGEL.....

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.024.515.550.....	COLOMBIA.....

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

CORTES ROA MIGUEL ANGEL.....

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.024.515.550.....	MIGUEL A CORTES

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 2024 Mes AGO Día 01	PAULA VANESSA OSORIO PRADA - REGI
	Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
MIGUEL A CORTES	
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

01.AGO.2024 - LIBRO DE VARIOS - ANOTADO AL TOMO 23 FOLIO 15.

ESTA REPRODUCCIÓN FOTOMECÁNICA ES FIEL COPIA DE LA ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE LA REGISTRADURÍA

PAULA VANESSA OSORIO PRADA
Registradora Auxiliar del Estado Civil
Registraduría Auxiliar 1 de Soacha, Cund.

dipapeles 61657

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Powered by CamScanner

Banco de Bogotá

Nit.860.002.964.4
Calle 36 N° 7 - 47 Bogotá

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que MIGUEL ANGEL CORTES ROA, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 1.024.515.550 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 041738733, abierta/o desde el 15/7/2020.

Se expide en Bogotá el día 28 del mes de Abril del año 2024 con destino a: SENA



_____

Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO