

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES			Código Regional	1
	DIRECCIÓN GENERAL			Código Centro	101001
	SECRETARIA GENERAL			Fecha Elaboración	Noviembre de 2023
				Versión	ENERO 2023 - 1,23
			ID de Proceso	67922-927291	
DATOS DEL CONTRATISTA					
Nombres y apellidos contratista:		ADRIANA MARCELA BARRERO VALLEJO		C.C.	1.019.034.541
Correo electrónico contratista:		ambarrero@sena.edu.co		IP/N° de contacto	12177
Régimen del IVA:		NO RESPONSABLE		Pertenece al régimen simple de tributación?	NO
				Es declarante de renta?	SI
				Es Pensionado?	NO
Banco al cual consignar:		SCOTIABANK COLPATRIA		Inducción SST	SI
				Presta Servicios Excluidos de IVA ?	NO
Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a \$53'206.000:		SI		Tipo de cta	AHORROS
				N° Cuenta	001003980363
				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:		4456070/2023		N° Compromiso SIIF	15223
Valor Total del Contrato		\$ 67.675.058		Periodo objeto de pago	
Saldo Anterior del Contrato		\$ 11.438.038		Del 01/11/2023 Al 30/11/2023	
Nuevo Saldo del Contrato		\$ 5.719.019		Legalización comisiones del periodo \$ 0,00	
OBJETO CONTRACTUAL:		SERVICIOS PERSONALES: 9-2023-002292 BRINDANDO APOYO AL GRUPO DE RELACIONES LABORALES EN LOS PROCESOS MERITOCRATICOS DE GERENTES PÚBLICOS, PROVISIÓN TRANSITORIA DE VACANTES DE EMPLEOS DE LIBRE NOMBRAMIENTO Y REMOCIÓN Y LOS DEMÁS ASUNTOS DE COMPETENCIA			
(Descripción del servicio prestado)					
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Ingresos por honorarios		\$ 5.719.019		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	
				Retencion en la Fuente del Periodo	
Ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO		\$ 5.719.019		Menos, Retefuente Otros Ingresos	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 3.292.805		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	
				\$ 0	
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR					
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		Noviembre		Octubre	
		72490917			
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 2.287.608		\$ 2.287.608	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 286.000		\$ 286.000	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 366.100		\$ 366.100	
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -		\$ 0	
ARL		\$ 12.000		\$ 12.000	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ 8.835.833		\$ -	
\$ 1.429.754		\$ -		\$ -	
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		\$ 571.902	
Salud hasta		\$ 678.592		\$ 92.610	
Renta Exenta 25%		\$ 2.792.123		\$ 1.097.602	
Retención en la Fuente Contingente		\$ -		\$ -	
				VALOR A PAGAR	
				\$5.670.073,00	
SON: CINCO MILLONES SEISCIENTOS SETENTA MIL SETENTA Y TRES PESOS M/CTE					
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
1. Apoyo en la coordinación logística para realización de la prueba de conocimientos en el marco de la convocatoria de Meritocracia					
2. Realización de capacitación y socialización virtual a través de la plataforma Teams, dirigida a los Coordinadores de Apoyo Mixto					
3. Apoyo logístico, administrativo y técnico en el seguimiento de la ejecución del contrato No. C01.PCCNTR.5086901_2023					
4. Apoyo técnico y seguimientos a la contestación de las acciones judiciales derivadas del proceso de meritocracia					
5. Elaboración de estudio previo para proceso de meritocracia de la vigencia 2024					
6. Apoyo técnico y logístico en trámite para el pago del 30% del contrato No. C01.PCCNTR.5086901_2023					
7. Elaboracion y suministro de insumos en la respuesta a 13 derechos de petición.					
8. Apoyo en el proceso de provisión transitoria de empleos de libre nombramiento y remoción (18 encargos)					
9. Apoyo técnico en trámite para encargo del Director General ante Ministerio del Trabajo.					
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.					
ADRIANA MARCELA BARRERO VALLEJO 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,					
YEIMY NATALIA PERAZA MORENO TECNICO G03					
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					
GIGIOLY KATERINE GRIMALDOS ROBAYO					
SECRETARIA GENERAL					

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1019034541	ADRIANA MARCELA BARRERO VALLEJO		Cra 54C # 127d-40	6960460	marcela120414@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2023-10	2023-10	I	16/11/2023	72490917	\$682.100
TOTAL A PAGAR					

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	286.000	0		0		0	6	1.800	0	287.800	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	
231001	Colfondos	800227940-6	366.100	0	0	0	0	6	2.200	0	368.300	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	12.000				12.000	6	100	12.100			120	12.100	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre				NIT	Valor Aporte	Días Mora
CCF24	Compensar Caja				860066942-7	13.800	6
						100	13.900
							1

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	286.000	287.800
Pensión	1	366.100	368.300
Riesgos Laborales	1	12.000	12.100
CCF	1	13.800	13.900
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	677.900	682.100

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1019034541	ADRIANA MARCELA BARRERO VALLEJO		Cra 54C # 127d-40	6960460	marcela120414@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2023-10	2023-10	I	16/11/2023	72490917	\$682.100

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES														
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Exonerado	Columna exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o 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	1019034541	BARRERO VALLEJO ADRIANA MARCELA	59	0		N																			231001	2.288.000	366.100	0	0	0	0	EPS008	2.288.000	286.000	14-23	2.288.000	1	12.000	CCF24	2.288.000	13.800	0	0	0	0	0

PAGADA

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR

COMPENSAR EPS

Nit. 860.066942-7

Certifica

El(la) señor(a) ADRIANA MARCELA BARRERO VALLEJO identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 1019034541, registra como contratante del Plan PC ESPECIAL CON POS con los siguientes afiliados:

Nombre	Identificación	Parent	Estado	Vigencia	Plan	Valor Mensual
ADRIANA MARCELA BARRERO VALLEJO	CC - 1019034541	TR	Vigente a la fecha	Desde 01/03/2023 Hasta 29/02/2024	PC ESPECIAL CON POS	\$ 116.865
JEREMIAS URUEÑA BARRERO	TI - 1014890848	HI	Vigente a la fecha	Desde 01/09/2023 Hasta 29/02/2024	PC ESPECIAL CON POS	\$ 116.865
Total Mensual Grupo Familiar						\$ 233.730

- Valor Mensual Incluye IVA del 5%

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), en Bogotá a los 21 días del mes de noviembre de 2023.

Observaciones:

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS. Cualquier aclaración, con gusto será atendida en nuestra Línea de Atención de Servicios de Salud (601) 3078088, exclusiva para Plan Complementario Especial y Plan Complementario Vital.

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: TRANSACCIONES EN LINEA

CER-PAS 13089250

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Bogotá, 21 de noviembre 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 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.	1014890848	Jeremías Urueña Barrero	HIJO
-------------	-------------------	--------------------------------	-------------

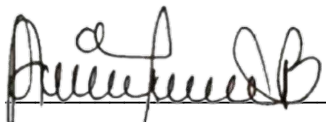
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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: Adriana Marcela Barrero Vallejo

C.C. 1.019.034.541

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

NUIP 1014890848

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

55539210

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número 52 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código A 3 H

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTÁ D.C.

Datos del inscrito

Primer Apellido

Segundo Apellido

URUEÑA

BARRERO

Nombre(s)

JEREMÍAS

Fecha de nacimiento

Sexo (en letras)

Grupo sanguíneo

Factor RH

Año 2015 Mes NOV Día 30 MASCULINO 0 POSITIVO

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTÁ D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

Número certificado de nacido vivo

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

13219666-1

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

BARRERO VALLEJO ADRIANA MARCELA

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

C.C. No. 1019034541 DE BOGOTÁ

COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

URUEÑA CRUZ EDWARD FABIAN

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

C.C. No. 1110457652 DE IBAGUE

COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

URUEÑA CRUZ EDWARD FABIAN

Documento de identificación (Clase y número)

C.C. No. 1110457652 DE IBAGUE

Firma

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

Año 2015 Mes DIC Día 4

Nombre y firma del funcionario que autoriza

LUIS SIMON GIL GUZMAN

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

URUEÑA CRUZ EDWARD FABIAN

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

LUIS SIMON GIL GUZMAN

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

LV T 89 F 212