

 <p>SENA SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</p>	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL DISTRITO CAPITAL CENTRO DE SERVICIOS FINANCIEROS-BTA D C - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION		Código Regional	11
			Código Centro	940510
			Fecha Elaboración	Abril de 2023
			Versión	ENERO 2023 - 1,23
		ID de Proceso	58698-411942	
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista: MAYRA ALEJANDRA NIÑO MESA		C.C. 1.014.185.430	IP/N° de contacto 3175954955	
Correo electrónico contratista: manino034@misena.edu.co				
Régimen del IVA: NO RESPONSABLE		Pertenece al régimen simple de tributación? NO		Es declarante de renta? SI
				Es Pensionado? NO
Banco al cual consignar: BANCOLOMBIA		Inducción SST SI	Presta Servicios Excluidos de IVA ? SI	
Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a \$53'206.000: SI		Tipo de cta AHORROS	N° Cuenta 14172812580	
		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: 4530761/2023		N° Compromiso SIIF 18623		
Valor Total del Contrato	\$ 29.074.500	N ° Pago 3	Periodo objeto de pago	
Saldo Anterior del Contrato	\$ 20.884.500	Del 01/04/2023 Al 30/04/2023		Valor Bruto Pago \$ 4.095.000,00
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 16.789.500	Legalización comisiones del periodo		\$ 0,00
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES CON PLENA AUTONOMÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA, PARA ORIENTAR LA FORMACIÓN DE COMPETENCIAS TÉCNICAS EN LOS PROGRAMAS DE MODALIDAD VIRTUAL DE LA RED DE CONOCIMIENTO DE LOGÍSTICA Y GESTIÓN DE LA PRO		
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios		\$ 4.095.000	Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	
Ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO		\$ 4.095.000	Menos, Retefuente Otros Ingresos	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 2.486.025	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	
			\$ 0	
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
		Abril	Marzo	
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		66083454	Base retención en la fuente a titulo de RENTA 2.486.025,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.638.000	\$ 1.638.000	Base retención en la fuente a titulo de ICA 3.628.100,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 204.800	\$ 204.800	Valor base IVA 0,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 262.100	\$ 262.100	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente 0,00
ARL		\$ 8.600	\$ 8.600	Menos Retencion IVA 0,00
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias \$ 8.835.833		\$ -	\$ -	Reteica - 8299 35.047,00
\$ 1.023.750		\$ -	\$ -	Otras Retenciones 0,00
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC \$ 13.430.466		\$ -	\$ -	Otras Retenciones 0,00
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$ 13.430.466		\$ -	\$ -	Otras Retenciones 0,00
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 4.241.200		\$ -	\$ -	Otras Retenciones 0,00
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -	\$ -	Otras Retenciones 0,00
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -	\$ -	Otras Retenciones 0,00
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -	\$ -	Descuentos de Libranza 0,00
Dependientes hasta \$ 1.357.184		\$ -	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00
Salud hasta \$ 678.592		\$ 304.800	\$ -	
Renta Exenta 25% \$ 2.792.123		\$ 828.675	\$ -	
Retención en la Fuente Contingente		\$ -	\$ -	
				VALOR A PAGAR \$4.059.953,00
SON: CUATRO MILLONES CINCUENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y TRES PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Obligación 1: Se desarrollo la planeación de la formación en las fichas:2281706 # apre 25, 2282628 # apre 25, 2282632 # apre 21, 2282654 # apre 18, 2181422 # apre 23, 2348807 # apre 30, 2374938 # apre 22, 2374947 # apre 32, 2374955 # apre 22 Obligación 2: Se siguieron los lineamientos establecidos en la guía de ambientes virtuales de aprendizaje. Obligación 7: Se registraron oportunamente los juicios de evaluación en sofia plus. Obligación 9: Se realizo el seguimiento de los aprendices activos de las fichas asignadas. Obligación 10: Se aplica y se hace cumplir el reglamento del aprendiz y manual de convivencia. Obligación 12: Se cumple con el modelo MIPG Obligación 16: Se atienden las actividades contractuales de formación Obligación 17: Se presentan los soportes relacionados al pago de seguridad social.				
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.				
MAYRA ALEJANDRA NIÑO MESA 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,				
JUAN CAMILO PULGARIN VANEGAS INSTRUCTOR G08				
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				
MIREYA PARRA PINTO SUBDIRECTORA DE CENTRO G02				

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1014185430	MAYRA ALEJANDRA NIÑO MESA		c/ll 64 bis 107 c 32	4837909	aleja1487@hotmail.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						SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2023-03	2023-03	I	06/03/2023	66083454	\$1.344.400

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	567.300	0		0		0	0	0	0	567.300	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	726.100	0	0	0	0	0	0		726.100	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	23.700				23.700	0	0	23.700			237	23.700	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre				NIT	Valor Aporte	Días Mora
CCF24	Compensar Caja				860066942-7	27.300	0
						Valor Mora Aporte	Total a Pagar
						0	27.300
						0	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	567.300	567.300
Pensión	1	726.100	726.100
Riesgos Laborales	1	23.700	23.700
CCF	1	27.300	27.300
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	1.344.400	1.344.400

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1014185430	MAYRA ALEJANDRA NIÑO MESA		cil 64 bis 107 c 32	4837909	aleja1487@hotmail.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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2023-03	2023-03	I	06/03/2023	66083454	\$1.344.400

DETALLE POR COTIZANTE																																																
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES															
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres				Cotizante	Subjeto	Exonerado	Columna exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	IOE	IOE	IOE	IOE	IOE	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	1014185430	NIÑO MESA MAYRA ALEJANDRA				59	0			N							X									230301	4.538.000	726.100	0	0	0	0	EPS005	4.538.000	567.300	14-23	4.538.000	1	23.700	CCF24	4.538.000	27.300	0	0	0	0	0

PAGADA

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación cc 1014185430 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

Esta certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

Se expide en Bogotá el 14/04/2023 05:32 PM

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS
COMUNICACIONES - MINTIC

Bogotá, 31 de abril de 2023

MIREYA PARRA PINTO

Subdirectora
Centro de Servicios Financieros
SENA - Regional Distrito Capital
Bogotá D.C.

Asunto: Autorización consulta Registro de Deudores
Alimentarios Morosos - REDAM

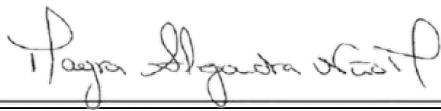
Estimado señor(a):

La suscrita **Mayra Alejandra Niño Mesa**, identificado con C.C. No. **1014185430** de **Bogotá** expedida el **20 de Junio 2009**, autorizo libre, expresa e inequívocamente, y exclusivamente para los fines y en los términos señalados en la Ley 2097 de 2021, al Servicio Nacional de Aprendizaje SENA con NIT. 899.999.034-1, a consultar mis datos personales en el Registro de Deudores Alimentarios Morosos- REDAM que administra el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones - MinTIC, durante mi vinculación contractual o legal y reglamentaria y, de llegarse a formalizar a partir del inicio de esta y mientras se encuentre vigente.

Así mismo, declaro que conozco que la recolección y tratamiento de mis datos y que se realizará de conformidad con la normatividad vigente sobre protección de datos personales, en especial la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1074 de 2015 y la Política de Tratamiento de Datos Personales publicada en www.sena.edu.co, manifestando que he sido informado(a) de forma clara y suficiente de los fines de su tratamiento.

Firma

Nombres y Apellidos: **Mayra Alejandra Niño Mesa**
C.C. **101485430**





COLSANITAS S A

Compañía de Medicina Prepagada

N.I.T. : 860.078.828-7

Colsanitas en línea 4871920 en Bogotá
y fuera de Bogotá 018000979020

CERTIFICADO DE PAGOS CONTRATO DE MEDICINA PREPAGADA

Bogotá, 15 de abril de 2023

A QUIEN CORRESPONDA

COLSANITAS certifica, que durante el año gravable 2022, **MAYRA ALEJANDRA NIÑO MESA** identificado (a) con CC No. **1014185430**, Titular del Contrato No.10108056406, pagó por concepto de vales y cuotas de Medicina Prepagada, por los siguientes usuarios:

APELLIDOS Y NOMBRES	DOCUMENTO	PARENTESCO	PERIODO	VR NETO	VALOR IVA	TOTAL
ANA MARIA CASTELLANOS NIÑO	RC 1188223152	HIJO(A)	01-01/31-12	\$3.670.800	\$183.540	\$3.854.340
POR CONCEPTO DE VALES VENDIDOS				\$495.720	\$24.780	\$520.500

LA SUMA DE: \$4.374.840 (CUATRO MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE)

De acuerdo con lo establecido en el Parágrafo 1, artículo 1.2.4.1.6, del decreto 1625 del 2016 (DUR), el monto máximo para disminuir de la base de retención de lo pagado por concepto de salud (medicina prepagada) es 16 UVT.

Este certificado se expide sin firma autógrafa de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 10 del decreto 836 de 1991 y el artículo 6 del decreto 4713 de 2005

Atentamente,

Subgerencia de la Vinculación Medicina Prepagada