

 <p>SENA SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</p>	<p align="center">FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL DISTRITO CAPITAL</p> <p align="center">CENTRO DE SERVICIOS FINANCIEROS-BTA D C - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION</p>		<p>Código Regional 11</p> <p>Código Centro 940510</p> <p>Fecha Elaboración Mayo de 2023</p> <p>Versión ENERO 2023 - 1,23</p> <p>ID de Proceso 40993-951414</p>
	<p align="center">DATOS DEL CONTRATISTA</p>		
	<p>Nombres y apellidos contratista: MAYRA ALEJANDRA NIÑO MESA</p> <p>Correo electrónico contratista: manino034@misena.edu.co</p> <p>Régimen del IVA: ☒ NO RESPONSABLE Pertenece al régimen simple de tributación? ☒ NO Es declarante de renta? ☒ SI Es Pensionado? ☒ NO</p> <p>Banco al cual consignar: BANCOLOMBIA Inducción SST ☒ SI Presta Servicios Excluidos de IVA ? ☒ SI</p> <p>Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a \$53'206.000: ☒ SI Tipo de cta AHORROS Nº Cuenta 14172812580</p> <p>Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2023 supera los \$ 169'648.000 (debe cambiarse a responsable IVA) ☒ NO</p>		
	<p align="center">DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO</p>		
<p>Nº del contrato: 4530761/2023</p> <p>Valor Total del Contrato \$ 29.074.500</p> <p>Saldo Anterior del Contrato \$ 16.789.500</p> <p>Nuevo Saldo del Contrato \$ 12.694.500</p>		<p>Nº Compromiso SIIF 18623</p> <p>Nº Pago 4</p> <p>Periodo objeto de pago Del 01/05/2023 Al 31/05/2023</p> <p>Legalización comisiones del periodo \$ 0,00</p> <p>Valor Bruto Pago \$ 4.095.000,00</p>	
<p>OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)</p>		<p>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</p>	
<p align="center">RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO</p>			
<p>Ingresos por honorarios \$ 4.095.000</p> <p>Ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ 0</p> <p>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO \$ 4.095.000</p> <p>BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 2.486.025</p>		<p>Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383° 0,00%</p> <p>Retencion en la Fuente del Periodo \$ 0</p> <p>Menos, Retefuente Otros Ingresos \$ 0</p> <p>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO \$ 0</p>	
<p align="center">LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR</p>			
<p>Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS</p> <p>Ingreso Base de Cotización - IBC \$ 1.638.000</p> <p>Aporte obligatorio a seguridad social salud \$ 204.800</p> <p>Aporte obligatorio a seguridad social Pensión \$ 262.100</p> <p>Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional \$ -</p> <p>ARL \$ 8.600</p> <p>Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias \$ 8.835.833</p> <p>Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC \$ 13.430.466</p> <p>Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$ 13.430.466</p> <p>Intereses Prestamo de Vivienda \$ 4.241.200</p> <p>Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ -</p> <p>Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ -</p> <p>Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ -</p> <p>Dependientes hasta \$ 1.357.184</p> <p>Salud hasta \$ 678.592</p> <p>Renta Exenta 25% \$ 2.792.123</p> <p>Retención en la Fuente Contingente \$ -</p>		<p>Mayo Abril</p> <p>Base retención en la fuente a titulo de RENTA 2.486.025,00</p> <p>Base retención en la fuente a titulo de ICA 3.628.100,00</p> <p>Valor base IVA 0,00</p> <p>IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00 19%</p> <p>Menos Retención en la Fuente 0,00 0,00%</p> <p>Menos Retencion IVA 0,00 15%</p> <p>Reteica - 8299 35.047,00 0,966%</p> <p>Otras Retenciones 0,00 0,000%</p> <p>Otras Retenciones 0,00 0,000%</p> <p>Otras Retenciones 0,00 0,000%</p> <p>Otras Retenciones 0,00 0,000%</p> <p>Descuentos de Libranza 0,00</p> <p>Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00</p> <p>VALOR A PAGAR \$4.059.953,00</p>	
<p align="center">SON: CUATRO MILLONES CINCUENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y TRES PESOS M/CTE</p>			
<p align="center">ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO</p>			
<p>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</p> <p>Obligación 2: Se siguieron los lineamientos establecidos en la guía de ambientes virtuales de aprendizaje.</p> <p>Obligación 7: Se registraron oportunamente los juicios de evaluación en sofia plus.</p> <p>Obligación 9: Se realizo el seguimiento de los aprendices activos de las fichas asignadas.</p> <p>Obligación 10: Se aplica y se hace cumplir el reglamento del aprendiz y manual de convivencia.</p> <p>Obligación 12: Se cumple con el modelo MIPG</p> <p>Obligación 16: Se atienden las actividades contractuales de formación</p> <p>Obligación 17: Se presentan los soportes relacionados al pago de seguridad social.</p>			
<p>PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:</p> <p>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.</p>		<p align="center">MAYRA ALEJANDRA NIÑO MESA EL CONTRATISTA</p>	
<p align="center">CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>			
<p>En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:</p> <p>1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;</p> <p>2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;</p> <p>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.</p>		<p>Autorizo el presente pago. El Supervisor,</p> <p align="center">JUAN CAMILO PULGARIN VANEGAS INSTRUCTOR G08</p>	
<p align="center">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</p>			
<p align="center">MIREYA PARRA PINTO SUBDIRECTORA DE CENTRO G02</p>			

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1014185430	MAYRA ALEJANDRA NIÑO MESA		cfl 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 (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2023-04	2023-04	I	02/05/2023	67477777	\$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
						0	0
						27.300	0

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.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						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
2023-04	2023-04	I	02/05/2023	67477777	\$1.344.400
					TOTAL A PAGAR

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES														
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Clasificación	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SILN	IDE	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	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																			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

Bogotá, 30 de Mayo 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**



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 10/05/2023 06:57 PM

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS
COMUNICACIONES - MINTIC



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, 17 de mayo 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