



SENA

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES

REGIONAL DISTRITO CAPITAL

CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD- BTÁ D.C.

Código Regional

940310

Fecha Elaboración

Noviembre de 2023

Versión

ENERO 2023 - 1,23

ID de Proceso

01725-090349

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:

MARTHA YANNETTE LAITON GARCIA

Correo electrónico contratista:

mlaiton@sena.edu.co

C.C.

35.415.959

IP/N° de contacto

15873

Régimen del IVA:

NO RESPONSABLE

Pertenece al régimen simple de tributación?

NO

Es declarante de renta?

SI

Es Pensionado?

NO

Banco al cual consignar:

BANCO BBVA

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

N° Cuenta

356137133

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:

5476990/2023

N° Compromiso SIIF

56923

Valor Total del Contrato

\$ 7.237.733

Saldo Anterior del Contrato

\$ 6.145.245

N° Pago

2

Periodo objeto de pago

Del 01/11/2023 Al 30/11/2023

Valor Bruto Pago

\$ 4.096.830,00

Nuevo Saldo del Contrato

\$ 2.048.415

Legalización comisiones del periodo

\$ 0,00

OBJETO CONTRACTUAL:

CI-PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL PROGRAMADA POR EL CENTRO DE FORMACIÓN DE TALENTO HUMANO EN SALUD EN LA RED DE CONOCIMIENTO SALUD

(Descripción del servicio prestado)

ÁREA TEMÁTICA FORMACIÓN COMPLEMENTARIA

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios

\$ 4.096.830

Ingresos de otros meses cobrados en el mes

\$ 0

TOTAL INGRESOS DEL PERIODO

\$ 4.096.830

BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE

\$ 2.408.585

Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°

0,00%

Retencion en la Fuente del Periodo

\$ 0

Menos, Retefuente Otros Ingresos

\$ 0

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

Ingreso Base de Cotización - IBC

\$ 1.638.732

\$ 1.160.000

Aporte obligatorio a seguridad social salud

\$ 204.900

\$ 145.000

Aporte obligatorio a seguridad social Pensión

\$ 262.200

\$ 185.600

Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional

\$ -

\$ 0

ARL

\$ 8.600

\$ 6.100

Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias

\$ 8.835.833

\$ -

\$ 1.024.207

\$ -

\$ -

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

\$ 409.683

Salud hasta

\$ 678.592

\$ -

Renta Exenta 25%

\$ 2.792.123

\$ 802.862

Retención en la Fuente Contingente

\$ -

\$ -

Base retención en la fuente a título de RENTA

2.408.585,00

TARIFA

Base retención en la fuente a título de ICA

3.629.730,00

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

35.063,00

0,966%

-

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

\$4.061.767,00

SON: CUATRO MILLONES SESENTA Y UN MIL SETECIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Formación virtual Cursos Acciones básicas para la atención de una persona con afectación de la Salud.Fichas:2871803, 2871804,2871805 - 2871806 y 2888295. Formación virtual Curso Salud Penitenciaria 2872122.Formación virtual Acreditación en salud 2887129.

Formación virtual curso Atencion integral en salud a las víctimas de violencias sexuales 2888234 .

En el mes de Noviembre asistí a las siguientes actividades:

Noviembre del 2 al 4: Participé IV Curso Internacional de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo 2023 .Fundación Santa Fe, Bogotá.

Noviembre 3 y 4: Participé VI jornada de actualización en Cardiología.Fundación Santa Fe, Bogotá

Noviembre 20:Participé Reunión virtual sobre Entrega de Cuentas de cobro Noviembre y Diciembre de 2023. CFTHS.

Noviembre 21:Participé Qué es la Terapia VOJTA. Fundación Santa Fe, Bogotá

Noviembre 23: Participé en Conferencia virtual sobre: Promoción, Prevención e Intervención de Factores Psicosociales.

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.

MARTHA YANNETTE LAITON GARCIA
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,

CLAUDIA PATRICIA GUEVARA ARMENTA
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

CARLOS ARTURO SALGAR RAMÍREZ

SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MARTHA YANNETHE LAITON GARCIA		
Documento	CC35415959	Dirección	CLL 3 7 10
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	8525350
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	ZIPAQUIRA	Departamento	CUNDINAMARCA
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades														Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total						
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	IGE	LWA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 35415959	MARTHA YANNETHE LAITON GARCIA	59	00																0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	\$ 1.640.000	\$ 262.400	(EPS037) NUEVA EPS S.A.	\$ 1.640.000	\$ 205.000	0,522	\$ 1.640.000	\$ 8.600	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 476.000

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 1.640.000	\$ 1.640.000	\$ 1.640.000	\$ 0	\$ 262.400	\$ 205.000	\$ 8.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 476.000	\$ 0	\$ 476.000

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 24 de Noviembre 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.	1072662088	Anabella Guzman Laiton		HIJO
------	------------	------------------------	--	------

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Elija un elemento.

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: Martha Yannelle Laiton Garcia

C.C. 35415959 de Zipaquirá.

NO IMPRIMA ESTA HOJA ES SOLAMENTE DE CARÁCTER INFORMATIVO

REQUISITOS PARA DEDUCCIONES POR DEPENDIENTES

En el siguiente cuadro se relacionan los requisitos y documentos que se deben adjuntar para poder acceder al beneficio de disminución de retención en la fuente, por dependientes:

DEDUCCION	CONCEPTO	REQUISITOS
DEPENDIENTES	Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad.	Registro civil de nacimiento
	Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES ' o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.	Recibo de pago de matrícula de instituciones debidamente acreditadas
	Los hijos del contribuyente mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Medicina Legal
	El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal
	Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal



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



NUPI 1.072.662.088

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo 43313211
Serial

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina							
Registraduría	☒	Notaría	☐	Número	☐	Consulado	☐
Corregimiento	☐	Inspección de Policía	☐	Código	J	9	H

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
REGISTRADURIA DE CHIA - COLOMBIA - CUNDINAMARCA - CHIA

Datos del inscrito			
Primer Apellido		Segundo Apellido	
GUZMAN		LAITON	
Nombre(s)			
ANABELLA			
Fecha de nacimiento		Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo
Año	2009	Mes	SEP
Día	10	FEMENINO	O
Factor RH			
POSITIVO			
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)			
COLOMBIA CUNDINAMARCA CHIA			

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	51693159-2

Datos de la madre	
Apellidos y nombres completos	
LAITON GARCIA MARTHA YANNETHE	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 35.415.959	COLOMBIA

Datos del padre	
Apellidos y nombres completos	
GUZMAN GALEANO OSCAR EMILIO	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 93.374.335	COLOMBIA

Datos del declarante	
Apellidos y nombres completos	
GUZMAN GALEANO OSCAR EMILIO	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 93.374.335	

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 2009 Mes SEP Día 22	NUBIA ESTHER AGUILERA MARTINEZ - R
	Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	NUBIA ESTHER AGUILERA MARTINEZ
	Nombre y firma

ES FIEL FOTOCOPIA TOMADA DE SU ORIGINAL DE CONFORMIDAD CON EL DECRETO 1260/70 ART. 115 SE EXPIDE A SOLICITUD DEL INTERESADO PARA NOTAS	
Tomo 43313211	Fecha 22 SEP 2009
Nubia Esther Aguilera Martinez Registrador Estado Civil	

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO