SENA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL CHOCÓ
CENTRO DE RECURSOS NATURALES, INDUSTRIA Y BIODIVERSIDAD - SERVICI

Código Regional	27
Código Centro	952210
Fecha Elaboración	Marzo de 2020
Versión	FEBRERO 2020 - 2,20
ID de Proceso	57450-609555

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: / Correo electrónico contratista:	SANDRA PATRICIA RAMIREZ BONILLA sramirezbonilla@hotmail.com	C.C.	35.890.801	IP/N° de contacto	3122673735
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	Es declarante de renta?	NO	Es Pensionado?	NO
Sus ingresos en el 2019 Superaron $47.978.000	NO	Inducción SST	SI	Presta Servicios Excluidos de IVA ?	NO
Banco al cual consignar:	AV VILLAS	Tipo de cta	AHORROS	N° Cuenta	530816029
Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato?	NO	Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2020 supera los $ 117.503.000			NO

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° del contrato:	1397124/2020			N° Compromiso SIIF	15820		
Valor Total del Contrato	$ 23.896.000	N ° Pago	Periodo objeto de pago				Valor Bruto Pago
Saldo Anterior del Contrato	$ 23.597.300	2	Del	01/03/2020	Al	31/03/2020	$ 2.987.000,00
Nuevo Saldo del Contrato	$ 20.610.300		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.987.000	Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°		0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo		$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 254.900			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 3.241.900**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.745.108**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**		**$ 0**

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR

	Marzo	Febrero
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	----------	DCTO1273/18
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.194.800	$ 877.803
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 149.400	$ 109.800
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 191.200	$ 140.500
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 6.300	$ 4.600
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.128.000	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.560.700	$ -	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 140.500	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 109.800	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 4.600	
Dependientes hasta $ 1.139.424	$ 324.190	
Salud hasta $ 569.712	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 581.703	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

		TARIFA
Valor Base retención en la fuente	1.745.108,00	
Valor Base retención en la fuente ICA	2.646.400,00	
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%
Retelca - 8551	5.293,00	0,200%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Pro Utch	29.870,00	1,000%
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	**$ 2.951.837,00**	

SON: DOS MILLONES NOVECIENTOS CINCUENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

1. Focalizacion y recoleccion de documentos de los aprendices para matricularlos y asociarlos a la ficha del programa de formacion de interes.
2. Diseño e implementacion de diferentes estrategias y herramientas didacticas que le facilitaran a los aprendices la asimilacion de los temas referentes a los programas de formacion.
3. Realizacion y socializacion de las guias de aprendizajes a los aprendicez.
4. Se orientan a los aprendices en el Fortalecimiento de la Educacion Inicial Lo cual se convierte en una herramienta fundamental para promover el mejoramiento de la calidad de la educación inicial en el marco de la atención integral ya que promueve el el reconocimiento y el sentido de la educación en los primeros años de vida, desde una perspectiva inclusiva, equitativa y solidaria.
5. Participacion en la jornada de capacitacion a los instructores que llevaran a cabo la induccion de la segunda oferta academica a los admitidos en los diferentes programas de formacion.
6. Evaluacion de los resultados de los aprendicez.
7. Elaboracion del informe mensual segun las obligaciones contractuales asignadas.
8. Reporte de horas en la plataforma sofia plus.

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.

SANDRA PATRICIA RAMIREZ BONILLA
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,

HARRY EDUVAR MARTINEZ ASPRILLA
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

JUAN CARLOS BLANCO CORDOBA
DIRECTOR REGIONAL CON FUNCIONES DE SUBDIRECTOR DE CENTRO

EMPRESA: EFECTIVO LTDA.
NIT.830.131.993-1
Calle 96 No. 12-55 Bogota

ORDEN DE SERVICIO

No OS: 8846510627 DV: 525907

Cajero: YAJAPARA

Cliente beneficiario:
110263 PILA RECAUDO

Fecha: 16/03/2020 15:07:38

PS Recaudador:
905924 BARRIO PAN DE YUCA CARRERA 6

Cantidad cupones: 1

Identificacion: 35890801

Nombre: SANDRA
Apellido 1: RAMIREZ
Apellido 2: BONILLA
TIPO DOCUMENTO: CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO: 3112122222
Codigo Planilla: 4329437191
Periodo Pago: 2020/02
Valor Comision: 0
Valor Iva Comision: 0
Referencia Valor
35890801 $257.500,00

Valor recibido: $257.500,00
Forma de pago: EFECTIVO

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Con la solicitud y aceptacion de mi parte, de la prestacion de este servicio, entiendase que manifiesto verbalmente mi autorizacion para el tratamiento de los datos personales que voluntariamente he entregado a Efectivo Ltda., Estos datos pueden ser utilizados unica y exclusivamente para la prestacion del servicio convenido.
Linea de servicio al cliente: (1) 6510101
servicioalcliente@efecty.com.co
www.efecty.com.co

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

CEDULA DE CIUDADANIA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 35890801
AL: SANDRA PATRICIA RAMIREZ BONILLA
QUIBDO DEPARTAMENTO: CHOCO
BARRIO EL JARDIN TELÉFONO: 6734093
02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades reguladoras y
ÓN: ÚNICO
O PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

4329437191 TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
MES: febrero PERIODO COTIZACIÓN MES: febrero
AÑO: 2020 SALUD: AÑO: 2020
13
d): 2020/03/16 NÚMERO AUTORIZACIÓN: 9999442538

LIQUIDACIÓN GENERAL

	TOTALES	
	COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN		
ADMINISTRADORA		
NOMBRE		
230301-PORVENIR	1	$ 141.900
SUBTOTAL:	1	$ 141.900
SALUD		
ADMINISTRADORA		
NOMBRE		
EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 110.900
SUBTOTAL:	1	$ 110.900
RIESGOS PROFESIONALES		
ADMINISTRADORA		
NOMBRE		
860011153 14-23 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 4.700
SUBTOTAL:	1	$ 4.700

TOTAL PAGADO:	$ 257.500

Yo; Sandra Patricia Ramirez Bonilla certifico que esta planilla corresponde al pago de Seguridad social, Salud, pensión y ARL. del mes de febrero.

Atte:
Sandra P. Ramirez
35'890.801 C

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Quibdó, 16 de marzo de 2020

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 empleado contribuyente y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el parágrafo cuarto del artículo segundo del Decreto 0099 de 2013, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

NUIP	**1078008500**	**JOEL DAVID ROMAÑA RAMIREZ**	**HIJO**
NUIP	**1004012843**	**NANCY SCARLETH MOSQUERA RAMIREZ**	**HIJA**

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: Sandra Patricia Ramírez Bonilla
C.C. 35.890.801 de Quibdó.

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1078008500

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 55497894

55497894

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 01 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código K 8 H

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

COLOMBIA - CHOCÓ - QUIBDÓ

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ROMAÑA	RAMIREZ

Nombre(s): JOEL DAVID

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2015 Mes MAR Día 02	MASCULINO		

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA - CHOCÓ - QUIBDÓ

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	52914801-6

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: RAMIREZ BONILLA SANDRA PATRICIA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 35,890,801	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: ROMAÑA MARTINEZ JHOAN DAVID

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1,077,437,089	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: ROMAÑA MARTINEZ JHOAN DAVID

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1,077,437,089	

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 2015 Mes MAR Día 11	JUAN FERNANDO GAVIRIA AYA (E)
	Nombre y firma

Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
Firma	JUAN FERNANDO GAVIRIA AYA (E)
	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS TOMO 0003 FOLIO 22

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1004012843

Indicativo Serial 34775795

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 02 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 33 11

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

COLOMBIA - CHOCO - QUIBDO - NOTARIA SEGUNDA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MOSQUERA	RAMIREZ

Nombre(s): NANCY SCARLETH

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2003 Mes F E B Día 06	FEMENINO		

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

hospital departamental san francisco de asis Quibdo

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO NACIDO VIVO	A - 4247256

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: RAMIREZ BONILLA SANDRA PATRICIA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C # 35.[illegible]890.801 DE QUIBDO	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: MOSQUERA DUEÑAS [redacted] ANTONIO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C # 11.81[redacted]	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: MOSQUERA DUEÑAS JESUS ANTONIO

Documento de identificación (Clase y número): C.C # 11.812.274 DE QUIBDO

Firma: x [signature]

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos: x x x x x x x x x x x x x x x x x x x

Documento de identificación (Clase y número): xxx x x x x x x x x x x x x x x x x x

Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos: xx x x x x x x x x x x x x x

Documento de identificación (Clase y número): x x x x x x x x x x x x x x x x

Firma

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2003 Mes F E B Día 26	BASILISA PALACIOS GARCIA

Nombre y firma

REPÚBLICA DE COLOMBIA – BASILISA DEL P. PALACIOS G.

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
x [signature] Firma	Sandra P. Ramirez Bonilla

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

\- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -