SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL VALLE
CENTRO DE LA CONSTRUCCION-VALLE - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMA

Código Regional	**76**
Código Centro	**922810**
Fecha Elaboración	**24 de marzo de 2020**
Versión	**FEBRERO 2020 - 2,20**
ID de Proceso	**11034-455282**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	CLAUDIA XIMENA OCHOA GUERRERO	**C.C.**	67.020.759	**IP/Nº de contacto**	3168033257
Correo electrónico contratista:	cxochoa@misena.edu.co				
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 ?**	SI
Banco al cual consignar:	AV VILLAS	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**	165891255
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

Nº del contrato:	1357778/2020			**Nº Compromiso SIIF**		**11820**	
Valor Total del Contrato	$ 37.533.521	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 34.957.691	**2**	**Del**	**01/03/2020**	**Al**	**31/03/2020**	**$ 3.679.757,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 31.277.934		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.679.757		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	1,40%
Ingresos por comisiones	$ 0		Retencion en la Fuente del Periodo	$ 51.045
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 2.575.830			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 6.255.587**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 3.651.321**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 51.045**

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

	Marzo	**Febrero**			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**1028487663**	Valor Base retención en la fuente	3.651.321,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.471.903	$ 1.030.332	Valor Base retención en la fuente ICA	3.260.157,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 184.000	$ 128.800	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 235.600	$ 164.900	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0	Menos Retención en la Fuente	51.045,00	1,40%
ARL V	$ -	$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 8299	0,00	0,000%
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -		-	0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.128.000	$ -		-	0,00	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.560.700	$ -		-	0,00	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 192.000		Pro-UCEVA	18.399,00	0,500%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 150.000		Universidad del Pacífico	0,00	0,000%
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta $ 1.139.424	$ 625.559		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 569.712	$ -				
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 1.217.107		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	**$ 3.610.313,00**	

SON: TRES MILLONES SEISCIENTOS DIEZ MIL TRESCIENTOS TRECE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Prestación de servicios profesionales de carácter temporal como Instructor para impartir Formación Profesional Integral en el área de Logística y Gestión de la Producción - Seguridad y Salud en el Trabajo en los diferentes programas de Formación Titulada y Complementaria del Centro de la Construcción.

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.

CLAUDIA XIMENA OCHOA GUERRERO
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,

CARLOS IVAN ZULUAGA VILLAMARIN
PROFESIONAL G02

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

BEATRIZ EUGENIA COBO GARCIA
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Cali, 24 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:

T.I.	**1.109.663.368**	María Alejandra Arias Ochoa	**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,

Claudia Ximena Ochoa

FIRMA
Nombre: Claudia Ximena Ochoa Guerrero
C.C. 67.020.759 de Cali

Escaneado con CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1.109.663.368 03

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 39096464

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
	X	15				T92

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía: COLOMBIA / VALLE / CALI

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ARIAS	OCIDA

Nombre(s): MARIA ALEJANDRA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2005 Mes 06 Día 03	FEMENINO	B	POSITIVO

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

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	A 6322531

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: OCIDA GUERRERO CLAUDIA XIMENA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC#67.020.752 CALI	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: ARIAS MONTES WILMAR ALBEIRO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC#6.382.239 PALMIRA	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: ARIAS MONTES WILMAR ALBEIRO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC#6.382.239 PALMIRA	

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 2005 Mes 06 Día 23	SONIA ESCALANTE ARIAS Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Escaneado con CamScanner