SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL CHOCÓ
CERTIFICACION COMPETENCIAS LABORALES-CENTRO DE RECURSOS NATUR

Código Regional	27
Código Centro	952210
Fecha Elaboración	Marzo de 2020
Versión	FEBRERO 2020 - 2.20
ID de Proceso	24213-165869

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	LUCY MARGOTH PALACIOS AGUDELO			**IP/N° de contacto**	44506
Correo electrónico contratista:	lmpalacios@sena.edu.co	**C.C.**	26.323.491		
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:	BANCOLOMBIA	**Tipo de cta**	AHORROS	**N° Cuenta**	53662401508
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:	1392946/2020		**N° Compromiso SIIF**	14120		
Valor Total del Contrato	$ 15.300.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**			**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 14.662.500	2	**Del** 01/03/2020	**Al**	31/03/2020	$ 3.825.000,00
Nuevo Saldo del Contrato	$ 10.837.500		Comisiones		$ 0,00	

RESUMEN	**PAGOS**	**GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO**	
Ingresos por honorarios	$ 3.825.000	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	$ 637.500		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 4.462.500**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.497.388**	**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	----------	dto 1273/18	Valor Base retención en la fuente	2.497.388,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.530.000	$ 877.803	Valor Base retención en la fuente ICA	3.388.900,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 191.300	$ 109.800	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 244.800	$ 140.500	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL	$ 8.000	$ 4.600	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 8551	6.778,00	0,200%
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	$ 140.500		Pro Utch	38.250,00	1,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 109.800		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 4.600		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta $ 1.139.424	$ 446.250		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 569.712	$ -		Descuentos de Libranza	0,00	
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 832.463		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		**VALOR A PAGAR**	**$ 3.779.972,00**	

SON: TRES MILLONES SETECIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS SETENTA Y DOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Participo en la inducción de la guía número 6, orientada por la lider del proceso; cumpliendo una intensidad horaria de 16 horas
Participación en vídeo conferencia manejo del aplicativo.
Participación en vídeo conferencia recibiendo información de los instrumentadores.
Continuamos con la revisión documental de los procesos pendientes por auditoria.
Revisión de plan de pagos con el apoyo administrativo para efectos de entrega de informes y nominas respectivas
Reunión informativa con el grupo de certificación, dirigida por la lider al inicio de actividadespara planear actividades y salidas a campo con el animo de promocionar y divulgar el programa.
Participación activa brindando información en el evento programado por la oficina del empleo por el día de la mujer, donde tambien pro movimos el proceso y tuvo mucha asertividad por parte del público asistente
Identificar las normas en las cuales se va a trabajar este año 2020

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.

LUCY MARGOTH PALACIOS AGUDELO
EL CONTRATISTA

CERTIFICACIDN DEL SUPERVISOR DEL CDNTRATO

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,

MARIA ANGELICA VEGA MARCELIN
PROFESIONAL G02

Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:
EL ORDENADDR DEL PAGD

JUAN CARLOS BLANCO CORDOBA
DIRECTOR REGIONAL CDN FUNCIDNES DE SUBDIRECTOR DE CENTRD

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 26323491		PALACIOS AGUDELO LUCY MARGOTH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	B MEDRANO	QUIBDO-CHOCO	1234567	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-02	2020-02	9403798676	9403798676	I	2020/03/20	2020/03/13	BANCO BOGOTA	0	$259,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC	26323491	PALACIOS LUCY	25-14	30	$877,803	$140,500	EPS037	30	$877,803	$109,800		0	$0	$0	14-23	30	$877,803	$9,200	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$9,200		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$140,500	$0	$0	$140,500
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$140,500	$0	$0	$140,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,200	$0	$0	$9,200
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$9,200	$0	$0	$9,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$109,800	$0	$0	$109,800
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$109,800	$0	$0	$109,800
TOTAL				**1**	**$259,500**	**$0**	**$0**	**$259,500**

Da siguiente planilla de pago corresponde al pago de la seguridad Social del 1 febrero del 2020.
Lucy Margoth Palacios
26323491

2020/03/13 10:55 AM

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Quibdó, 12 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.	**1077996902**	**MARIAJOSE RENTERIA PALACIOS**	**HIJO**

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: LUCY MARGOTH PALACIOS AGUDELO

C.C.26.323.491 El Carmen de Atrato

REPUBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCION NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1077996902

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 35561412

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 01 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 3301

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía

COLOMBIA CHOCO QUIBDO xxxxx xxxxxxxxx

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
RENTERIA xxxxxxx	PALACIOS xxxxxxx

Nombre(s)

MARIAJOSE xxxx

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2004 Mes 08 Día 01	FEMENINO	A	+

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

COLOMBIA CHOCO QUIBDO ESE RAFAEL URIBE URIBE xxxxxx

Tipo de documento antecedente o Declaración de nacimiento vivo	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	A4699859

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

PALACIOS AGUDELO LUCY NAIGOTH xxxxxxxx

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
cc 26323491 QUIBDO	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

RENTERIA LOZANO JOSE xxxxxxxxxxxxxx

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
cc 11800171 QUIBDO	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

RENTERIA LOZANO JOSE xxxxxx

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
cc 11800171 QUIBDO DIR. CALLE 18#5-27	José Renteria Lozano

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
xxxxxxxxxxxxxxxxx	

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx	

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2004 Mes 08 Día 11	TITO E. SALAZAR LOZANO
	Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
José Renteria Lozano	TITO E. SALAZAR LOZANO
Firma	Nombre y Firma

ESPACIO PARA NOTAS

Se registro hijo natural inscrito a folio 61 del libro vario tomo 2 del 2004

TITO E. SALAZAR LOZANO

NOTARIO UNICO DEL CIRCULO DE QUIBDO

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

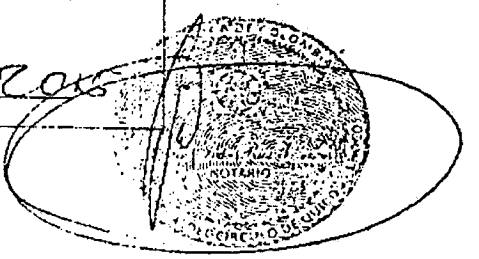
NOTARÍA PRIMERA DEL CÍRCULO DE QUIBDÓ – CHOCÓ

El suscrito Notario certifica que este Registro Civil es fiel copia tomada del original que reposa en esta oficina.

Expedido a solicitud de: José Fenicia Locano
Identificad(a) con: T.I. 1.200.171
Para efectos de: Juzgado Tramite

Se destina para demostrar parentesco y solo es válido para el fin señalado
(Decreto 278 de 1.972 Art. 1º)

Quibdó: 26 02 2015



REGISTRO NACIONAL DE DNA