

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL DISTRITO CAPITAL DESPACHO DIRECCION		Código Regional 11
			Código Centro 101000
			Fecha Elaboración Abril de 2020
			Versión MARZO 2020 - 3,20
		ID de Proceso 81216-203017	
DATOS DEL CONTRATISTA			
Nombres y apellidos contratista: LUZ ESTELLA MEJIA DIAZ Correo electrónico contratista: lemejia@sena.edu.co		C.C. 43.500.770	IP/N° de contacto 14406
Régimen del IVA: ☒ NO RESPONSABLE Pertenece al régimen simple de tributación? ☒ NO Es declarante de renta? ☒ SI Es Pensionado? ☒ NO			
Sus ingresos en el 2019 Superaron \$47.978.000 ☒ SI Inducción SST ☒ SI Presta Servicios Excluidos de IVA ? ☒ NO			
Banco al cual consignar: BANCOLOMBIA		Tipo de cta AHORROS	N° Cuenta 10152683364
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: 1294141/2020		N° Compromiso SIIF 3520	
Valor Total del Contrato \$ 67.980.000 Saldo Anterior del Contrato \$ 53.560.000 Nuevo Saldo del Contrato \$ 47.380.000	N° Pago 4 Periodo objeto de pago Del 01/04/2020 Al 30/04/2020 Comisiones \$ 0,00	Valor Bruto Pago \$ 6.180.000,00	
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Ingresos por honorarios \$ 6.180.000 Ingresos por comisiones \$ 0 Ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ 0 TOTAL INGRESOS DEL PERIODO \$ 6.180.000 BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 3.695.925		Tarifa de Retención en la Fuente ART 383° 1,61% Retención en la Fuente del Periodo \$ 59.519 Menos, Retefuente Otros Ingresos \$ 0 TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO \$ 59.519	
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR			
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS Ingreso Base de Cotización - IBC \$ 2.224.800 Aporte obligatorio a seguridad social salud \$ 278.100 Aporte obligatorio a seguridad social Pensión \$ 356.000 Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional \$ - ARL \$ 11.700 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 \$ - 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 \$ 1.139.424 \$ 618.000 Salud hasta \$ 569.712 \$ - Renta Exenta 25% \$ 8.545.680 \$ 1.231.975 Retención en la Fuente Contingente \$ -	Abril Marzo 7748284426 Valor Base retención en la fuente 3.695.925,00 Valor Base retención en la fuente ICA 5.545.900,00 Valor base IVA 0,00 IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00 Menos Retención en la Fuente 59.519,00 Menos Retencion IVA 0,00 Reteica - 8299 53.573,00 Otras Retenciones 0,00 Otras Retenciones 0,00 Otras Retenciones 0,00 Otras Retenciones 0,00 Descuentos de Libranza 0,00 Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00 VALOR A PAGAR \$ 6.066.908,00	TARIFA 19% 1,61% 15% 0,966% 0,000% 0,000% 0,000% 0,000%	
SON: SEIS MILLONES SESENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS OCHO PESOS M/CTE			
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Coordinar Teams lideres de Bienestar 15 centros de Formación Consolidar reporte necesidades de los aprendices 15 centros Coordinar teams aprendices atención a sus solicitudes Elaboracion talleres virtuales psicosociales Acompañamiento telefónico aprendices y funcionarios Coordinar Teams elección representantes aprendices Coordinar Teams apoyos de sostenimiento/ monitorias aprendices Consolidar información acciones de Bienestar Oferta de Gobierno Elaboración videos Recomendaciones salud mental en cuarentena para aprendices Elaboración caracterización sociodemografica de los aprendices Participar Teams Dirección General Bienestar al aprendiz Participar Teams comité Dirección Regional Coordinar con Of. Comunicaciones piezas publicitarias aprendices Atender requerimientos Bienestar al aprendiz (presupuesto; quejas, solicitudes etc) Participar Teams Renovación Cultural			
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.		LUZ ESTELLA MEJIA DIAZ 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, ROSALBA GARZON BEJARANO 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			
ENRIQUE ROMERO CONTRERAS DIRECTOR REGIONAL			

CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES

Bogotá, 30 de abril de 2020

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APREDIAJE (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.	1017924006	MANUELA MONSALVE MEJIA	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,

Nombre: LUZ ESTELLA MEJIA DIAZ

C.C.43500770 de Medellín

G.

ORGANIZACIÓN NOTARIAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DE ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1017924006 **REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO** Indicativo Serial 3 9020362

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaria ☒ Número 12 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código A 4 L
País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/a Inspección de Policía
. . . . COLOMBIA. . . . ANTIOQUIA. . . . MEDELLIN. . . .

Datos del inscrito

Primer Apellido MONSALVE. . . . Segundo Apellido MEJIA.
Nombre MANUELA.
Fecha de nacimiento
Año 2 0 0 5 Mes 0 0 4 Día 1 5 SEXO MENINO.
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/a Inspección de Policía)
COLOMBIA. . . . ANTIOQUIA. . . . MEDELLIN. . . .

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos
CERTIFICADO MEDICO. . . . Número certificado de nacido vivo
. . . . A6379415. . . .

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos
MEJIA DIAZ LUZ ESTELLA. . . . Nacionalidad
Documento de identificación (Clase y número)
C.C.#43.500.770 DE MEDELLIN(A). . . . COLOMBIANA. . . .

Datos del padre

Apellidos y nombres completos
MONSALVE AHUMADA MANUEL FERNANDO DE JESUS. . . . Nacionalidad
Documento de identificación (Clase y número)
C.C.#79.469.069 DE BOGOTA D.C. . . . COLOMBIANA. . . .

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos
MONSALVE AHUMADA MANUEL FERNANDO DE JESUS. . . . Firma
Documento de identificación (Clase y número)
C.C.#79.469.069 DE BOGOTA D.C. . . . 79.469.069

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
Año 2 0 0 5 Mes 0 0 4 Día 1 5
Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
BEATRIZ ELENA ENCARGADA MEDELLIN
NOTARIA DOCE

Reconocimiento paterno
Firma
Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 43500770
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	LUZ ESTALA MEJIA DIAZ	
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO: BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CARRERA 8 #151- 83 APTO 202	TELÉFONO: 3104603
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Otros trabajos de edición.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO	

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	7748284426	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: marzo	PERIODO COTIZACIÓN MES: marzo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2020	SALUD: AÑO: 2020
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2020/04/03	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 591182904

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 384.000
SUBTOTAL:			1	\$ 384.000
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800130907	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1	\$ 300.000
SUBTOTAL:			1	\$ 300.000
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	\$ 12.600
SUBTOTAL:			1	\$ 12.600

TOTAL PAGADO:	\$ 696.600
----------------------	-------------------