SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL META
CENTRO AGROINDUSTRIAL DEL META - GRUPO ÉTNICO

Código Regional	**50**
Código Centro	**911710**
Fecha Elaboración	**20 de abril de 2020**
Versión	**MARZO 2020 - 3,20**
ID de Proceso	**79544-007737**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	ADRIANA USECHE ROJAS	**C.C.**	40.393.942	**IP/Nº de contacto**	84176
Correo electrónico contratista:	auseche@sena.edu.co				

Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Pertenece al régimen simple de tributación?**	NO	**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:	BANCO COLPATRIA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**	7192010636		
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:	1362545/2020			**Nº Compromiso SIIF**	**16720**	
Valor Total del Contrato	$ 30.415.008	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**			**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 24.453.667	**3**	**Del**	**01/04/2020**	**Al** **30/04/2020**	**$ 3.649.801,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 20.803.866		Comisiones		$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.649.801		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	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 3.649.801**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.151.541**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Abril	Marzo			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**8341835513**	Valor Base retención en la fuente	2.151.541,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.459.920	$ 1.459.920	Valor Base retención en la fuente ICA	3.233.701,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 182.500	$ 182.500	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 233.600	$ 233.600	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 I	$ 7.700	$ 7.700	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 8299	12.935,00	0,400%
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	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	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	$ 364.980		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 569.712	$ -				
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 717.180		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	**$ 3.636.866,00**	

SON: TRES MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

1.Tutoriales Equipo E - Pedagogos Plataforma LMS Territorium SENA.
2. Participación videos formativos en plataforma Linkedin Learning En los temas: a) Transformación digital: Equipos online y trabajo colaborativo. b) Presentaciones orales online efectivas c)Cuarta Revolución industrial Ética de Cloud Computing(Computación cuántico)
3. Actividades de desarrollo curricular como diseño de herramientas de enseñanza e instrumentos de evaluación para la implementación de formación según propuesta para objeto virtual ficha 2085511.
4. Participación de Taller SENA seminario Siigo Nube: Divulgación Académica V. 2020 a) Sesión 1. Explorando el programa Siigo nube y primeros registros. b) Sesión 2. Registro de factura de venta y factura de compra.
5. Actividades de desarrollo curricular como revisión de diseños curriculares más solicitados teniendo en cuenta el perfil del instructor en estado de ejecución; cód. De diseño curricular 96151458 ver. 1 y la 96151461 ver. 2 para implementar las herramientas de enseñanza e instrumentos de evaluación con un objeto virtual.e instrumentos de evaluación con un objeto virtual y/u online.

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.

ADRIANA USECHE ROJAS
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,

RAFAEL ANGEL AGUILERA MARTINEZ
INSTRUCTOR G20

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

RAFAEL ANGEL AGUILERA MARTINEZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO (E) G02

Señor(es): ADRIANA USECHE ROJAS
Nit: CC 40393942
Dirección: Calle 18 sur n°14-21 este Urbanización Cavivir
Teléfono: 000 **Fax:**
Ciudad: VILLAVICENCIO

Respetado(s) señor(es)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

Nombre	ADRIANA USECHE ROJAS
Tipo y número de identificación	40393942
Número de radicación planilla	8341835513
Fecha de pago	4/8/2020
Número de autorización de pago	1000000365
Banco	1001
Valor Comisión	$0

Número de empleados	1
Periodo cotización salud	Marzo 2020
Periodo cotización pensión	Marzo 2020
Periodo cotización caja	Marzo 2020
Número de administradoras	4
Total Pagado	$460.600
Total interes mora	$0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	$15.300	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	$233.600	1
CCF34	Cofrem Caja de Compensacion Fliar	$29.200	1
EPS002	Salud Total EPS	$182.500	1

PAGADO 1000000365

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

DATOS DEL AFILIADO							NOVEDADES																VALOR IBC							LIQUIDACION DE APORTES				
Nº	TIPO	NUMERO	APELLIDOS Y NOMBRES	COD EPS	COD AFP	COD CAJA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	NUEVA EPS	NUEVA AFP	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC CAJAS	IBC RIESGOS	SUBTIPO COTIZANTE	EXTRANJERO	COLOMBIANO EN EXTERIOR	COTIZ PENSION	FONDO SOLIDAR PENSION	APORTE VOLUNT PENSION	COTIZ SALUD	UPC ADICIONAL
1	CC	40393942	USECHE ROJAS ADRIANA	EPS002	25-14	CCF34									X										1.459.921	1.459.921	1.459.921	1.459.921	0			233.600	0	0	182.500	0

PAGADO
10000365

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Banco de Bogotá

NIT. 860.002.964-4

Comprobante de Recaudos

ESPACIO PARA EL TIMBRE

Esta transacción está sujeta a verificación posterior. El (los) cheques(s) depositado(s) se reciben "Salvo buen cobro" de manera que la operación solo se entiende efectiva si el (los) cheque(s) es (son) pagado(s) por el (los) banco(s) librados. En caso de que el (los) cheque(s) sea (sean) devuelto(s) sin pago, esta operación se reversará y el (los) título(s) se entregará(n) por parte del Banco al titular de la cuenta en la que se deposita (ron). En consecuencia, el comprobante de pago que se entrega al depositario timbrado por el Banco, no implica constancia de pago respecto a las sumas no consignadas en efectivo.

El pago con tarjeta Débito/Crédito aplica únicamente para convenios de empresas autorizadas. En caso de inconvenientes comuníquese con la entidad emisora de su tarjeta.

Pin de Pago : 8341835513

Banco de Bogotá - RECAUDO PILA

2020 B0046802 ***0445 J298

Fecha 08/04/20 09:55A.M. 0868 Of Rec y P

202003 83 Mi Planilla

PLANILLA NA/0000008341835513

Identificación 1033942

VALOR PLANILLA:460,600.00

Cargo Cuenta

Valor Efectivo:460,600.00

Pensión Marzo 2020

CC 1033942

Valor $ _____

Verifique que la información impresa en este formato sea correcta

21303332 (CRE_FOR_005 V1 25/10/2016)

Impreso por GRÁFICOS E IMPRESIONES S.A.S NIT 900817668-9 - Tel. 57-1 7456870 Ext. 216

Escaneado con CamScanner

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Villavicencio, 20 de abril 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 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.	**1123435385**	**Juan Manuel Martínez Useche**	**HIJO**
T.I.	**1123438736**	**José Alejandro Martínez Useche**	**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,



FIRMA

Nombre: Adriana Useche Rojas

C.C. 40393942

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1123435385

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 40279702

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

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

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

NOTARIA 3 VILLAVICENCIO COLOMBIA META VILLAVICENCIO

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MARTINEZ	USECHE

Nombre(s): JUAN MANUEL

Fecha de nacimiento			Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2007	Mes ENE	Día 03	MASCULINO	O	+

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

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	A6668242

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: USECHE ROJAS ADRIANA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 0040393942	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: MARTINEZ HERNANDEZ JOSE MANUEL

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 0078443247	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: MARTINEZ HERNANDEZ JOSE MANUEL

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CEDULA DE CIUDADANIA 0078443247	

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 2007 Mes ENE Día 30	CESAR ALFONSO SALCEDO TORRES Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Scanned with CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1123438735

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 43504651

43504651

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☐ X Número ☐☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ **Código** X 9

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

NOTARIA 3 VILLAVICENCIO COLOMBIA META VILLAVICENCIO

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MARTINEZ	USECHE

Nombre(s)

JOSE ALEJANDRO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2009 Mes SEP Día 29	MASCULINO	B	+

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

COLOMBIA META VILLAVICENCIO

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	51858585-5

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

USECHE POJAS ADRIANA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 00[illegible]942	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

MARTINEZ HERNANDEZ JOSE MANUEL

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 0079443247	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

MARTINEZ HERNANDEZ JOSE MANUEL

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CEDULA DE CIUDADANIA 0079443247	

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 OCT Día 05	ANGELICA ROCIO OSPINA ACOSTA
	Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

IMPRESO POR DANARANJO S.A. NIT. 860.013.711-9 10363 10-2008

Scanned with CamScanner