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 - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMA**

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **50** |
| **Código Centro** | **911710** |
| **Fecha Elaboración** | **20 de abril de 2020** |
| **Versión** | **MARZO 2020 - 3,20** |
| **ID de Proceso** | **54354-465193** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | LISETH ANDREA LOPEZ ALARCON | **C.C.** | 46.375.903 | **IP/Nº de contacto** | 3185402442 |
| **Correo electrónico contratista:** | lalopeza@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 CAJA SOCIAL **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 24090574074

**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:** 1399650/2020 **Nº Compromiso SIIF** **21220**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Valor Total del Contrato** | $ 32.848.209 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 28.468.448 | **3** | **Del** | **01/04/2020** | **Al** | **30/04/2020** | **$ 3.649.801,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 24.818.647 | | 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** | ---------- | **4332668291** | 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

Ficha:2093008, Programa: English Dot Works Level 1, Fecha de Inicio: 23 de Marzo, Fecha de Terminacon: 01 de Mayo, horas: 44
Ficha:2093009, Programa: English Dot Works Level 1, Fecha de Inicio: 23 de Marzo, Fecha de Terminacon: 01 de Mayo, horas: 44
Ficha:2093511, Programa: English Dot Works Level 1, Fecha de Inicio: 23 de Marzo, Fecha de Terminacon: 01 de Mayo, horas: 44
Ficha:2093513, Programa: English Dot Works Level 1, Fecha de Inicio: 23 de Marzo, Fecha de Terminacon: 01 de Mayo, horas: 44

**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.

**LISETH ANDREA LOPEZ ALARCON**
**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**

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 46375903 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | LISETH ANDREA LOPEZ LOPEZ ALARCON |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | SOGAMOSO | DEPARTAMENTO: | BOYACA |
| DIRECCIÓN: | CRA 22 A N 3A-07 | TELÉFONO: | 7707702 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

## DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **4332668291** | | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS: | MES: | marzo | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES: | marzo |
| | AÑO: | 2020 | | AÑO: | 2020 |
| DÍAS DE MORA: | | 12 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2020/04/14 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 9999789508 |

## LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 900336004 | 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 235.600 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 235.600** |
| **SALUD** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800251440 | EPS005 | EPS005-SANITAS S.A. | 1 | $ 184.100 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 184.100** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 860011153 | 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | $ 7.800 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 7.800** |

| | |
|---|---|
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 427.500** |

# Hace constar:

Que el Sr(a) LISETH ANDREA LOPEZ ALARCON Identificado(a) con cédula de ciudadanía 46375903 realizó el día 15/04/2020 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

La presente constancia tiene validez para aplicación y uso al interior de la entidad, con el fin de dar cumplimiento al Decreto 1072 de 2015, Libro 2, Parte 2, Título 4, Capítulo 6, Articulo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

---

# Compromiso SST:

Yo LISETH ANDREA LOPEZ ALARCON Identificado(a) con cédula de ciudadanía 46375903 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

1. Procurar el cuidado integral de mi salud.
2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumiré su costo.
3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.
4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.
5. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.
6. Informar oportunamente a los contratantes toda novedad derivada de mi contrato.

_____

Firma

## *CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS*

Villavicencio, 30 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.** | 1054286921 | Samuel Felipe Bermúdez López | 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: Liseth Andrea López Alarcón

C.C. 46375903

REPUBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1054286921

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 41730844

41730844

**Datos de la oficina de registro - Clase de oficina**

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 03 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código E 2 N

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

COLOMBIA BOYACA SOGAMOSO NOTARIA TERCERA

**Datos del inscrito**

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| BERMUDEZ | LOPEZ |

Nombre(s)

SAMUEL FELIPE

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo Sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2009 Mes ABR Día 08 | MASCULINO | B | POSITIVO |

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

COLOMBIA BOYACA SOGAMOSO

| Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFIDADO MEDICO DE NACIDO VIVO. | 37551-2 |

**Datos de la madre**

Apellidos y nombres completos

LOPEZ ALARCON LISETH ANDREA

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| C.C.No. 46.375.903 DE SOGAMOSO. | COLOMBIANA. |

**Datos del padre**

Apellidos y nombres completos

BERMUDEZ MARTINEZ WILSON.

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| C. no. 7.171.327 DE TUNJA | COLOMBIANO. |

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos

BERMUDEZ MARTINEZ WILSON.

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| C. no. 7.171.327 DE TUNJA | Wilson Bermudez Martinez |

**Datos primer testigo**

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

**Datos segundo testigo**

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

REPUBLICA DE COLOMBIA
MARLEN BELTRAN MEDINA
NOTARIA ENCARGADA
NOTARIA TERCERA SOGAMOSO

EL NOTARIO TERCERO DEL CIRCULO DE SOGAMOSO
CERTIFICA QUE EL CONTENIDO DE ESTE DOCUMENTO
CORRESPONDE EXACTAMENTE AL DEL ORIGINAL
QUE SE ENCUENTRA EN EL ARCHIVO DE ESTA NOTARIA
10 OCT 2013
EL NOTARIO

| Fecha de inscripción | Nombre y firma del funcionario que autoriza |
|---|---|
| Año 2009 Mes ABR Día 17 | GUSTAVO PEDRAZA GUTIERREZ. Nombre y firma |

REPUBLICA DE COLOMBIA NOTARIA TERCERA SOGAMOSO BOYACA NOTARIO

| Reconocimiento paterno | Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento |
|---|---|
| Wilson Bermudez Martinez. Firma | GUSTAVO PEDRAZA GUTIERREZ. Nombre y Firma |

**ESPACIO PARA NOTAS**

— ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO —