SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL GUAVIARE
CENTRO DE DESARROLLO AGROINDUSTR, TURISTICO Y TECNOLOG DEL GUA

Código Regional	**95**
Código Centro	**953310**
Fecha Elaboración	**Mayo de 2020**
Versión	**MAYO 2020 - 4,20**
ID de Proceso	**17563-966703**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	MARISOL CASTELLANOS DURANGO	**C.C.**	41.937.153	**IP/Nº de contacto**	83521
Correo electrónico contratista:	mcastellanosd@sena.edu.co				

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 NO **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** SI

Banco al cual consignar: BANCOLOMBIA **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 82870734863

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

Tiene contratos de prestación de servicios con otras Entidades Públicas: NO

Se acogió para el mes anterior, al pago parcial del aporte al Sistema General de Pensiones según el Art. 3 del Decreto N° 558: SI

Se acogió para el mes objeto de cobro, al pago parcial del aporte al Sistema General de Pensiones según el Art. 3 del Decreto N° 558: SI

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato: 1348561/2020 **Nº Compromiso SIIF** **8720**

Valor Total del Contrato	$ 18.774.840	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 10.430.467	**4**	**Del**	**01/05/2020**	**Al**	**31/05/2020**	**$ 3.129.140,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 7.301.327		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.129.140	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	**$ 3.129.140**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.865.285**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**		**$ 0**

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

	Mayo	Abril
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**9405635805**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.251.656	$ 1.251.656
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 156.500	$ 156.500
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 37.600	$ 37.600
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL III	$ 30.500	$ 30.500
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	$ 312.914	
Salud hasta $ 569.712	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 655.532	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	1.865.285,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	2.935.040,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299	0,00	0,000%
-	0,00	
-	0,00	
Aporte Voluntario Dec. 568/2020	135.080,00	0,043%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$ 2.994.060,00**	

SON: DOS MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL SESENTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

1.Formación Profesional integral Técnico servicios Farmacéuticos ficha:1883252
2.Formación Profesional integral Técnico servicios Farmacéuticos ficha: 1963150
3.Formación Profesional integral Técnico en Enfermería ficha: 1835855
4.Formación Profesional integral Técnico en Salud Publica ficha: 1835850
5.Formación Complementaria Administración de Medicamentos vía I.M ficha: 2083762
6.Alistamiento y Ejecución de la FPI Diseños de Estrategias y plan de sesión de la Formación

Yo MARISOL CASTELLANOS DURANGO actuando de manera libre y voluntaria autorizo a la Entidad Servicio Nacional de Aprendizaje SENA a realizar la respectiva deducción Aporte solidario voluntario por el COVID 19 de mis honorarios conforme a lo reglamentando en el Artículo No. 9 del Decreto Legislativo 568 de 15 de Abril de 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.

MARISOL CASTELLANOS DURANGO
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,

GUSTAVO ADOLFO ACOSTA RODRIGUEZ
INSTRUCTOR

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

LUZ PIEDAD ECHEVERRY QUICENO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 41937153		CASTELLANOS DURANGO MARISOL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 24 962	SAN JOSE DEL GUAVIARE-GUAVIARE	5842038	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-04	2020-04	22755282	9405635805	I	2020/05/14	2020/05/05	BANCO DE OCCIDENTE	0	$224,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	41937153	CASTELLANOS MARISOL																		230301	30	$1,252,000	$37,600	EPS037	30	$1,252,000	$156,500		0	$0	$0	14-23	30	$1,252,000	$30,500	0	$0	$0	No	$224,600
Total	**Afiliados(1)**																						$1,252,000	$37,600			$1,252,000	$156,500			$0	$0			$1,252,000	$30,500		$0	$0		$224,600

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 41937153		CASTELLANOS DURANGO MARISOL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 24 962	SAN JOSE DEL GUAVIARE-GUAVIARE	5842038	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-04	2020-04	22755282	9405635805	I	2020/05/14	2020/05/05	BANCO DE OCCIDENTE	0	$224,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$37,600	$0	$0	$37,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$37,600	$0	$0	$37,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$30,500	$0	$0	$30,500
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$30,500	$0	$0	$30,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$156,500	$0	$0	$156,500
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$156,500	$0	$0	$156,500
TOTAL				1	$224,600	$0	$0	$224,600

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que MARISOL CASTELLANOS DURANGO identificado(a) con CC 41937153 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

CASTELLANOS DURANGO MARISOL CC 41937153

Periodo		Clave		Planilla		Novedades														
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2020-04	2020-04	22755282	9405635805	I	2020-05-05																	

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	PORVENIR	30	3%	$1,252,000	$37,600
ARL	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	30	2.436%	$1,252,000	$30,500
EPS	NUEVA E.P.S.	30	12.5%	$1,252,000	$156,500

Este certificado se expide el día 2020-05-05 a las 02:53.

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

San José del Guaviare, 12 de mayo 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:

NUIP - NIP	**1.120.564712**	**KEVIN SANTIAGO PRADA CASTELLANOS**	**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: Marisol Castellanos Durango

C.C. 41.937.153

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

NUIP 1120564712

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 39849035

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código X 2 R

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

REGISTRADURIA DE SAN JOSE DEL GUAVIARE COLOMBIA GUAVIARE SAN JOSE DE

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
PRADA**********	CASTELLANOS**********

Nombre(s)

KEVIN SANTIAGO**********

Fecha de nacimiento			Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2007	Mes ABR	Día 07	MASCULINO*******	O******	+ ****

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

COLOMBIA GUAVIARE SAN JOSE DEL GUAVIARE**********

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO**********	A 7156678*********

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

CASTELLANOS DURANGO MARISOL**********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 0041937153**********	COLOMBIA**********

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

PRADA RUIZ LISANDRO**********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 0086059191**********	COLOMBIA**********

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

PRADA RUIZ LISANDRO**********

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CEDULA DE CIUDADANIA 0086059191**********	Lisandro Prada Ruiz

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 ABR Día 19	NOREDY GISELA ROYERO SANCHEZ***** Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Lisandro Prada Ruiz Firma	NOREDY GISELA ROYERO SANCHEZ Nombre y Firma

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Scanned by CamScanner