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** | **Junio de 2020** |
| **Versión** | **MAYO 2020 - 4,20** |
| **ID de Proceso** | **80379-170509** |

## 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:** NO

## 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** | $ 7.301.327 | **5** | **Del** 01/06/2020 **Al** 30/06/2020 | | **$ 3.129.140,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 4.172.187 | | 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** | **$ 1.844.570** | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | | **$ 0** |

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

| | Junio | Mayo |
|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | ---------- | **9406717022** |
| **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 | $ 200.300 | $ 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 | $ 614.857 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Valor Base retención en la fuente | 1.844.570,00 | TARIFA |
| Valor Base retención en la fuente ICA | 2.772.340,00 | |
| 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 | 0,00 | 0,000% |
| 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** | **$ 3.129.140,00** | |

**SON: TRES MILLONES CIENTO VEINTINUEVE MIL CIENTO CUARENTA 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.Alistamiento y Ejecución de la FPI Diseños de Estrategias y plan de sesión de la Formación
6.Elaboración guías para la formación profesional integral de los programas identificados con

**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 |
| 2020-05 | 2020-05 | 38864011 | 9406717022 | I | 2020/06/11 | 2020/06/02 | 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 |
| 2020-05 | 2020-05 | 38864011 | 9406717022 | I | 2020/06/11 | 2020/06/02 | 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 |
| 2020-05 | 2020-05 | 38864011 | 9406717022 | I | 2020-06-02 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| 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 2020-06-02 a las 02:22.

*CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS*

San José del Guaviare, 08 de junio 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