SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL DISTRITO CAPITAL
CENTRO DE GESTION ADMINISTRATIVA-BTA D C - SERVICIOS PRESTADOS A L

Código Regional	**11**
Código Centro	**940410**
Fecha Elaboración	**15 de mayo de 2020**
Versión	**MAYO 2020 - 4,20**
ID de Proceso	**92025-621805**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	NELSON PASTRANA CASTAÑEDA	**C.C.**	83.235.282	**IP/Nº de contacto**	3006656561
Correo electrónico contratista:	npastranac@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 SI **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** SI

Banco al cual consignar: DAVIVIENDA **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 9870242956

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: 1331261/2020 **Nº Compromiso SIIF** **12120**

Valor Total del Contrato	$ 30.321.200	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 18.950.750	**4**	**Del**	**01/05/2020**	**Al**	**31/05/2020**	**$ 3.790.150,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 15.160.600		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.790.150	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	**$ 3.790.150**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.382.026**	**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	----------	**42423522**	Valor Base retención en la fuente	2.382.026,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.516.060	$ 1.516.060	Valor Base retención en la fuente ICA	3.555.050,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 189.600	$ 189.600	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 45.500	$ 45.500	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	$ 8.000	$ 8.000	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 8299	34.342,00	0,966%
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	$ -		Aporte Voluntario Dec. 568/2020	0,00	0,000%
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	$ 379.015		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 569.712	$ -				
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 794.009		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	**$ 3.755.808,00**	

SON: TRES MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS OCHO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Orientar Formación Profesional Integral a los aprendices según programación de fichas.
Acompañamiento a los aprendices en el desarrollo de procesos formativos y/o productivos.
Actualizar contenidos y tecnologías en las diversas competencias del programa de formación.
Elaboración y entrega de formatos y documentos requeridos en el proceso académico administrativo.

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.

NELSON PASTRANA CASTAÑEDA
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,

CLAUDIA PILAR POVEDA CORTES
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

WAINE ANTONY TRIANA ALBIS
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

Planillas / Resumen de pago

Información básica de la planilla

Empresa:	NELSON PASTRANA CASTAÑEDA	**Nit:**	83235282
Tipo planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones**	Abril 2020
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	Abril 2020
Número de radicación:	42423522	**Total a pagar:**	$243,300
Fecha de vencimiento:	31/05/2020	**Total de empleados:**	1
Fecha de pago:	06/05/2020	**Número de administradoras:**	3

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de pago:**	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCO DAVIVIENDA	**Número de aprobación:**	618189091
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Totales

Código	NIT	Administradoras	No. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total pagado
14-23	860011153	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1		$0.00	$8,000
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	1		$0.00	$45,600
EPS005	800251440	Sanitas EPS	1		$0.00	$189,700
						$243,300

***Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos**

»Ver planillas pagadas

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

Exportar reporte a Excel Exportar reporte a PDF

Imprimir transacción

https://www.miplanilla.com/

Todos los derechos reservados © 2020 . Compensar - Cenet S.A.

compensar | miplanilla.com Comfenalco Valle delagente certicámara. Acerca de los certificados SSL ISO / IEC 27001 icontec Certificado Nº SI 006-1

Powered by Cenet Edinet

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Bogotá, 15 de mayo de 2020

4

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 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.	**1025320989**	**Laura Nathaly Pastrana Gallo**	**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: _Nelson Pastrana Castañeda

C.C. __83.235.282

REPUBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1025320989

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 35740077

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 33 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 9860

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D C NOTARIA TREINTA Y TRES

Datos del inscrito

Primer Apellido: PASTRANA
Segundo Apellido: GALLO
Nombre(s): LAURA NATHALY

Fecha de nacimiento: Año 2004 Mes OCT Día 15
Sexo (en letras): FEMENINO
Grupo Sanguíneo: O
Factor RH: (+)
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D C

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos
CERTIFICADO NACIDO VIVO CLINICA SALUDCOOP VERAGUAS
Número certificado de nacido vivo
A 6065453

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos
GALLO SISA MARIA OFELIA
Documento de identificación (Clase y número)
CC/ 23 323 819 BELEN
Nacionalidad
COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos
PASTRANA CASTAÑEDA NELSON
Documento de identificación (Clase y número)
CC/ 83 235 282 PALERMO
Nacionalidad
COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos
PASTRANA CASTAÑEDA NELSON
Documento de identificación (Clase y número)
CC/ 83 235 282 PALERMO
83235282

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 2004 Mes OCT Día 26

Nombre, firma y sello del funcionario que autoriza
REPUBLICA DE COLOMBIA
33
DIANA BEATRIZ LOPEZ
NOTARIA
BOGOTA D.C.

Reconocimiento paterno

Firma 83235282

Nombre y firma de quien se hace el reconocimiento

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

NOTARIA 33
DEL CIRCULO DE SANTAFE DE BOGOTA

REPUBLICA DE COLOMBIA
33
DIANA BEATRIZ LOPEZ
NOTARIA
BOGOTA D.C.

LA PRESENTE COPIA FUE TOMADA DEL ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA NOTARIA, SE EXPIDE A SOLICITUD DEL INTERESADO PARA DEMOSTRAR PARENTESCO DE CONFORMIDAD A LO ESTABLECIDO EN LOS ARTICULOS 115 DECRETO 1260 DE 1.970, ART 1ro DECRETO 278 DE 1.972, ART 2do DECRETO 2189 DE 1983.

(ESTE REGISTRO TIENE VALIDEZ PERMANENTE)

TOMO

Scanned by CamScanner