

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL SANTANDER CENTRO TURISTICO Y AGROEMPRESARIAL-SANTANDER		Código Regional	68
			Código Centro	954110
			Fecha Elaboración	31 de julio de 2020
			Versión	MAYO 2020 - 4,20
			ID de Proceso	48675-637472
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista: OLGA LUCIA ACELAS BELTRAN Correo electrónico contratista: oacelasb@sena.edu.co		C.C. 37.944.525	IP/N° de contacto 73876	
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 ? ☐ NO ☒				
Banco al cual consignar: BANCOLOMBIA Tipo de cta AHORROS N° Cuenta 29063225507				
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: ☐ N/A ☒				
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: ☐ N/A ☒				
DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO				
N° del contrato: 1281122/2020		N° Compromiso SIIF 820		
Valor Total del Contrato \$ 44.413.299	N° Pago 7	Periodo objeto de pago		Valor Bruto Pago \$ 3.862.026,00
Saldo Anterior del Contrato \$ 23.172.156	Del 01/07/2020	Al 31/07/2020		
Nuevo Saldo del Contrato \$ 19.310.130	Comisiones \$ 0,00			
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios \$ 3.862.026	Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°		0,00%	
Ingresos por comisiones \$ 0	Retención en la Fuente del Periodo		\$ 0	
Ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ 0				
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO \$ 3.862.026	Menos, Rete Fuente Otros Ingresos		\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 2.276.567	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0	
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	Julio	Junio	Valor Base retención en la fuente 2.276.567,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC \$ 1.544.810	18094871	1.544.810	Valor Base retención en la fuente ICA 3.421.626,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud \$ 193.200	\$ 193.200	\$ 193.200	Valor base IVA 0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión \$ 247.200	\$ 247.200	\$ 247.200	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 II \$ 16.200	\$ 16.200	\$ 16.200	Menos Retención IVA 0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias \$ -	\$ -	\$ -	Reteica - 8299 0,00	0,600%
Aportes voluntarios a cuentas AFC \$ -	\$ -	\$ -	Aporte Voluntario Dec. 568/2020 0,00	0,000%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.128.000 \$ -	\$ -	\$ -	Otras Retenciones 0,00	0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.560.700 \$ -	\$ -	\$ -	Otras Retenciones 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 \$ 386.203	\$ 386.203	\$ 386.203	Descuentos de Libranza 0,00	
Salud hasta \$ 569.712 \$ -	\$ -	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00	
Renta Exenta 25% \$ 8.545.680 \$ 758.856	\$ 758.856	\$ 758.856	VALOR A PAGAR \$ 3.862.026,00	
Retención en la Fuente Contingente \$ -	\$ -	\$ -		
SON: TRES MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA Y DOS MIL VEINTISEIS PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Desarrollar acciones de sensibilización, información y apoyo a la comunidad educativa sobre el programa Concertar con la institución educativa el plan de reforzamiento de las competencias básicas para afinar las competencias IE Coordinar la transferencia a las instituciones educativas de los programas de formación a integrar y apoyarlas en el desarrollo Impartir lineamientos de programas a instructores SENA y comunidad educativa de los Colegios Sensibilizar al docente, coordinadores y rectores sobre las nuevas directrices y compromisos del programa de Articulación con la Media Realizar seguimientos a las formaciones para propender por la calidad de la formación Atender oportunamente los requerimientos que haga el supervisor del contrato y presentar informes mensuales de la ejecución del contrato Apoyar al supervisor en lo concerniente al cumplimiento de las obligaciones establecidas en el Manual de contratación y supervisión				
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.				
			OLGA LUCIA ACELAS BELTRAN 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 periodo 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,	
			KAREN ANDREA GARCIA CARREÑO INSTRUCTOR G11	
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				
NELLY QUIROGA SARMIENTO SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)				

RAZON SOCIAL :	OLGA LUCIA ACELAS BELTRAN
IDENTIFICACION:	CC-37944525
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2020-07-08
FECHA LIMITE DE PAGO:	2020-07-07
FECHA DE PAGO:	2020-07-08
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DAVIVIENDA
PERIODO PENSION:	2020-06
PERIODO SALUD:	2020-06
NUMERO PLANILLA:	18094871
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	18094871
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	\$ 1.545.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 193.200	\$ 193.200
230301	800224808	PORVENIR	1	\$ 1.545.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 247.300	\$ 247.300
14-23	860011153	POSITIVA	1	\$ 1.545.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 16.200	\$ 16.200
Total a pagar				\$ 4.635.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 456.700	\$ 456.700

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:

10/08/2020

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 31 de Julio de 2020

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIAJE (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.	1.005.484.248	MARIA ALEJANDRA CALA ACELAS	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: _____

C.C. _____

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCION NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

33965697

NUIP R6L0301821

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒ Notaría ☐ Número ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código R 6 L

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

REGISTRADURIA DE SOCORRO COLOMBIA SANTANDER SOCORRO*****

Datos del inscrito

Primer Apellido

Segundo Apellido

CALA*****

Nombre(s)

ACELAS*****

MARIA ALEJANDRA*****

Sexo (en letras)

Grupo sanguíneo

Factor RH

Fecha de nacimiento

Año 2003 Mes JUL Día 05

FEMENINO*****

A*****

+*****

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

COLOMBIA SANTANDER SOCORRO*****

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

Número certificado de nacido vivo

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO*****

A 2458815*****

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

ACELAS BELTRAN OLGA LUCIA*****

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CEDULA DE CIUDADANIA 0037944525*****

COLOMBIA*****

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

CALA CALA OSCAR ALBERTO*****

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CEDULA DE CIUDADANIA 0091102292*****

COLOMBIA*****

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

CALA CALA OSCAR ALBERTO*****

Documento de identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA 0091102292*****

[Firma]

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 2003 Mes AGO Día 08

HECTOR GUSTO BORGUEZ SACERES***

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Firma

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

NUIP: 1005484248

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -