

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL DISTRITO CAPITAL DESPACHO DIRECCION		Código Regional	11
			Código Centro	101000
			Fecha Elaboración	Agosto de 2020
			Versión	AGOSTO 2020 - 5,20
			ID de Proceso	01844-956871
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista: LUZ ESTELLA MEJIA DIAZ Correo electrónico contratista: lemejia@sena.edu.co		C.C. 43.500.770	IP/N° de contacto 14406	
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 ? ☐ NO ☒				
Banco al cual consignar: BANCOLOMBIA Tipo de cta AHORROS N° Cuenta 10152683364				
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: ☐				
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: 1294141/2020		N° Compromiso SIIF 3520		
Valor Total del Contrato \$ 67.980.000 Saldo Anterior del Contrato \$ 28.840.000 Nuevo Saldo del Contrato \$ 22.660.000	N° Pago 8 Del 01/08/2020 Al 31/08/2020	Periodo objeto de pago		Valor Bruto Pago \$ 6.180.000,00
		Comisiones \$ 0,00		
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios \$ 6.180.000 Ingresos por comisiones \$ 0 Ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ 0 TOTAL INGRESOS DEL PERIODO \$ 6.180.000 BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 3.695.925		Tarifa de Retención en la Fuente ART 383° 1,61% Retención en la Fuente del Periodo \$ 59.519 Menos, Rete Fuente Otros Ingresos \$ 0 TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO \$ 59.519		
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS Agosto Julio Ingreso Base de Cotización - IBC \$ 2.224.800 \$ 2.224.800 Aporte obligatorio a seguridad social salud \$ 278.100 \$ 278.100 Aporte obligatorio a seguridad social Pensión \$ 356.000 \$ 356.000 Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional \$ - \$ 0 ARL \$ 11.700 \$ 11.700 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 \$ 618.000 Salud hasta \$ 569.712 \$ - Renta Exenta 25% \$ 8.545.680 \$ 1.231.975 Retención en la Fuente Contingente \$ -		Valor Base retención en la fuente 3.695.925,00 Valor Base retención en la fuente ICA 5.545.900,00 Valor base IVA 0,00 IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00 19% Menos Retención en la Fuente 59.519,00 1,61% Menos Retención IVA 0,00 15% Reteica - 8299 53.573,00 0,966% 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 \$ 6.066.908,00		
SON: SEIS MILLONES SESENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS OCHO PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Programar y liderar Teams con las Líderes de Bienestar de los 15 centros de formación para el seguimiento plan de bienestar 2020 Participar en Teams reunión nacional profesionales de bienestar Liderar y hacer seguimiento al apoyo y orientación a los aprendices Liderar el proyecto OLA promover la resiliencia y el dlo de recursos para superar la depresión y la ansiedad Participar Teams Renovación Cultural DGRAL Liderar capacitación Secretaria Distrital de Salud la socialización de las estrategias de atención salud mental en el marco del COVID1 Liderar el equipo de acción inmediata apoyo psicosocial Liderar practicantes de Psicología Convenio Sena U. Konrad (17) practicantes de Psicología social y educativa y en el campo ocupación Convocar reunió SST Regional para establecer estrategias de atención apoyo psicosocial				
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.			LUZ ESTELLA MEJIA DIAZ 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, ROSALBA GARZON BEJARANO PROFESIONAL G02	
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				
ENRIQUE ROMERO CONTRERAS DIRECTOR REGIONAL A G08				

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 43500770
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	LUZ ESTALA MEJIA DIAZ	
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO: BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CARRERA 8 #151- 83 APTO 202	TELÉFONO: 3104603
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Otros trabajos de edición.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO	

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	7760651264	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: julio	PERIODO COTIZACIÓN MES: julio
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2020	SALUD: AÑO: 2020
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2020/08/06	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 704138549

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 384.000
SUBTOTAL:			1	\$ 384.000
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800130907	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1	\$ 300.000
SUBTOTAL:			1	\$ 300.000
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	\$ 12.600
SUBTOTAL:			1	\$ 12.600

TOTAL PAGADO:	\$ 696.600
----------------------	-------------------

CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES

Bogotá, 31 de agosto 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 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.	1017924006	MANUELA MONSALVE MEJIA	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,

Nombre: LUZ ESTELLA MEJIA DIAZ

C.C.43500770 de Medellín

G.

ORGANIZACIÓN SECTORIAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DEL REGISTRO CIVIL

NUIP 1017924006

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 3 9020362

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaria ☒ Número 12 Consulado ☐ Arrugimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código A 4 L
País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía
COLOMBIA. ANTIOQUIA. MEDELLIN.

Datos del inscrito

Primer Apellido MONSALVE. Segundo Apellido MEJIA.
Nombre MANUELA.
Fecha de nacimiento
Año 2005 Mes 004 Día 15 SEXO MENINO.
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección)
COLOMBIA. ANTIOQUIA. MEDELLIN.

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos
CERTIFICADO MEDICO. Número certificado de nacido vivo
A6379415.

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos
MEJIA DIAZ LUZ ESTELLA. Nacionalidad
Documento de identificación (Clase y número)
C.C.#43.500.770 DE MEDELLIN(A). COLOMBIANA.

Datos del padre

Apellidos y nombres completos
MONSALVE AHUMADA MANUEL FERNANDO DE JESUS. Nacionalidad
Documento de identificación (Clase y número)
C.C.#79.469.069 DE BOGOTA D.C. COLOMBIANA.

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos
MONSALVE AHUMADA MANUEL FERNANDO DE JESUS. Firma
Documento de identificación (Clase y número)
C.C.#79.469.069 DE BOGOTA D.C. 79.469.069

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 2005 Mes 004 Día 15
Nombre y firma de funcionario que
BEATRIZ ELENA NEPES HERNANDEZ
NOTARIA DOCE

Reconocimiento paterno
Firma
Nombre y firma del funcionario ante quien se hizo el reconocimiento
Nombre y Firma

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -