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** | **Agosto de 2020** |
| **Versión** | **AGOSTO 2020 - 5,20** |
| **ID de Proceso** | **67841-208256** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | LUZ MAGALY BALLEN SANCHEZ | **C.C.** | 38.289.202 | **IP/Nº de contacto** | 0 |
| **Correo electrónico contratista:** | lmballen202982@misena.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:** DAVIVIENDA **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 488405406445

**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

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nº del contrato:** | 1336970/2020 | | **Nº Compromiso SIIF** | **15120** | |
| **Valor Total del Contrato** | $ 33.858.673 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 11.370.450 | **7** | **Del** 01/08/2020 **Al** 31/08/2020 | | **$ 3.790.150,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 7.580.300 | | 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** | **$ 2.234.201** | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | | **$ 0** |

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

| | Agosto | Julio |
|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | ---------- | **44500859** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 1.516.060 | $ 1.516.060 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 189.600 | $ 189.600 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 242.600 | $ 242.600 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 |
| ARL I | $ 8.000 | $ 8.000 |
| 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 | $ 379.015 | |
| Salud hasta $ 569.712 | $ - | |
| Renta Exenta 25% $ 8.545.680 | $ 744.734 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Valor Base retención en la fuente | 2.234.201,00 | TARIFA |
| Valor Base retención en la fuente ICA | 3.357.950,00 | |
| 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 | 32.438,00 | 0,966% |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| 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** | **$ 3.757.712,00** | |

**SON: TRES MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL SETECIENTOS DOCE 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.

**LUZ MAGALY BALLEN SANCHEZ**
**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,

**ROBERTO MARTINEZ CASTRO**
**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**

**WAINE ANTONY TRIANA ALBIS**
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | 38289202 | Sucursal | PRINCIPAL | Teléfono | 9087564 |
| Razón Social | Luz Magaly Ballen Sanchez | Dirección | Carrera 12 # 144 - 48 apto 707 barrio cedritos | Fecha Pago | 05/08/2020 |
| Clase de Aportante | I - Independiente | Ciudad | BOGOTÁ, D.C. | Periodo Salud | Julio-20 |
| Banco | BANCO DAVIVIENDA | No. Planilla | 44500859 | Periodo Pensión | Julio-20 |
| Total a Pagar | $440,200 | Total Intereses Mora | $0 | Estado | Pagada |
| Número Días en Mora | 0 | | | | |

compensar | miplanilla.com

**PENSIÓN**

| Código | Nombre | Nit | Afiliados | Sumatoria IBC | Cotización | Voluntaria Afiliado | Voluntaria Empleador | Fondo Solidaridad | Fondo Subsistencia | Interés Mora | Total antes Mora | Total a Pagar |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301 | Porvenir | 800224808 | 1 | $1,516,060 | $242,600 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | | $242,600 |
| **Totales** | | | | $1,516,060 | $242,600 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | | $242,600 |

**SALUD**

| Código | Nombre | Nit | Afiliados | Sumatoria IBC | Cotización | UPC | Interés Mora | Autorización Incapacidades | Valor Incapacidades | Autorización Licencias | Valor Licencias | Saldo a Favor | Total antes Mora | Total a Pagar |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS005 | Sanitas EPS | 800251440 | 1 | $1,516,060 | $189,600 | $0 | $0 | | $0 | | $0 | | 189600 | $189,600 |
| **Totales** | | | | $1,516,060 | $189,600 | $0 | $0 | | $0 | | $0 | | $189,600 | $189,600 |

**INFORMACIÓN ARP**

| Código | Nombre | Nit | Afiliados | Sumatoria IBC | Cotización | Interés Mora | Valor Total Incapacidades | Saldo a Favor | Valor Pagado Otros Riesgos | Total antes Mora | Total a Pagar |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 14-23 | POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS | 860011153 | 1 | $1,516,060 | $8,000 | $0 | | | | 8000 | $8,000 |

PAGADO

Este documento esta clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Informacion

ISO / IEC 27001 icontec Certificado Nº SI 006-1

*CERTIFICACION DEPENDIENTES*

Bogotá, 19 de agosto 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 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:

| | | | |
|---|---|---|---|
| **C.C.** | **28.782.809** | **LUZ MARINA SÁNCHEZ** | **MAMÁ** |
| | | | |

A continuación indico la calidad de los dependientes que estoy solicitando y anexo los documentos correspondientes para acreditar esta condición:

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

Es mi padre, madre o padres y/o hermano quien se encuentra en situación de dependencia por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT ($9.258.000) año 2020, para lo cual aporto, además del registro de civil de nacimiento, la certificación del contador público sobre sus ingresos. Si la dependencia está originada en factores físicos o psicológicos, acredito además el dictamen médico correspondiente emitido por Medicina Legal.

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: LUZ MAGALY BALLÉN SÁNCHEZ
C.C. 38.289.202

| MESES | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ENERO | 01 | FEBRERO | 02 | MARZO | 03 | ABRIL | 04 |
| | MAYO | 05 | JUNIO | 06 | JULIO | 07 | AGOSTO | 08 |
| | SEPT. | 09 | OCTUBRE | 10 | NOV. | 11 | DIC. | 12 |

REPUBLICA DE COLOMBIA
REGISTRO CIVIL

Superintendencia de Notariado y Registro

# REGISTRO DE NACIMIENTO

5661030

IDENTIFICACION No.

(1) Parte básica: 80 12 18 — (2) Parte compl.: 07811

OFICINA REGISTRO CIVIL

(3) Clase (Notaría, Alcaldía, Corregiduría, etc.): NOTARIA UNICA.-

(4) Municipio y Departamento, Intendencia o Comisaría: Honda.-

(5) Código: 6140

## SECCION GENERICA

(6) Primer apellido: BALLEN.-

(7) Segundo apellido: SANCHEZ.-

(8) Nombres: LUZ MAGALY.-

(9) Masculino o Femenino: femenino.-

(10) Masculino ☐ Femenino ☒

FECHA DE NACIMIENTO — (11) Día: 18 — (12) Mes: Diciembre — (13) Año: 1.980

LUGAR DE NACIMIENTO — (14) País: Colombia.- — (15) Departamento, Int., o Com.: Tolima.- — (16) Municipio: Honda.-

## SECCION ESPECIFICA

DATOS DEL NACIMIENTO

(17) Clínica, hospital, dirección de la casa, vereda, corregimiento, etc.: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE HONDA.-

(18) Hora: 9 A.M

(19) Documento presentado. Antecedente (Certificado, Acta, Partida, etc.): Certificado Médico.-

(20) Nombre del profesional que certificó el nacimiento

(21) No. licencia

MADRE

(22) Apellidos: SANCHEZ.-

(23) Nombres: LUZ MARINA.-

(24) Edad (años): 25

(25) Identificación (clase y número): c.c. # 28.782.809 de Honda.-

(26) Nacionalidad: Colombiana

(27) Profesión u oficio: Hogar.-

PADRE

(28) Apellidos: BALLEN BERNAL.-

(29) Nombres: MIGUEL ANTONIO.-

(30) Edad (años): 35

(31) Identificación (clase y número): c.c. # 19.090.955 de Bogotá.-

(32) Nacionalidad: Colombiano

(33) Profesión u oficio: Empleado

DECLARANTE

(34) Identificación (clase y número): c.c. # 19.090.955 de Bogotá.-

(35) Firma (autógrafa): MIGUEL ANTONIO BALLEN BERNAL

(36) Dirección postal: Calle 6a. # 22-82 Honda.-

(37) Nombre:

TESTIGO

(38) Identificación (clase y número):

(39) Firma (autógrafa):

(40) Domicilio (Municipio):

(41) Nombre:

TESTIGO

(42) Identificación (clase y número):

(43) Firma (autógrafa):

(44) Domicilio (Municipio):

(45) Nombre:

FECHA DE INSCRIPCION — (FECHA EN QUE SE SIENTA ESTE REGISTRO)

(46) Día: 2 — (47) Mes: Enero.- — (48) Año: 1.981

(49) Firma funcionario

(50) Nombre y cargo del funcionario ante quien se hace el registro

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL

REPUBLICA DE COLOMBIA
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
HONDA - TOLIMA

Es fiel copia tomada de su original que reposa en los archivos de esta oficina Dcto. 1260/97

09 ENE 2009

VALIDO PARA MATRIMONIO SIN NOTA MARGINAL.

MANUEL JOSÉ BAQUERO JARAMILLO
REGISTRADOR MUNICIPAL DEL ESTADO CIVIL
Sin Sello Dcto. 2150/95

# REPUBLICA DE COLOMBIA
## IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **28.782.809**

**SANCHEZ**

APELLIDOS

**LUZ MARINA**

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **08-JUN-1955**

**HONDA**
**(TOLIMA)**

LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.57** | **O+** | **F** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**17-ENE-1976 HONDA**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
**CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES**

A-2906400-00110863-F-0028782809-20081024 **0004**796420A 1 6550000122

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL