SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

**FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES**
**REGIONAL DISTRITO CAPITAL**
**CENTRO DE SERVICIOS FINANCIEROS- BTÁ D.C**

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **11** |
| **Código Centro** | **940510** |
| **Fecha Elaboración** | **Agosto de 2020** |
| **Versión** | **AGOSTO 2020 - 5,20** |
| **ID de Proceso** | **33826-026462** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | IRISLET CAROLINA AREVALO ESPEJO | **C.C.** | 52.777.293 | **IP/Nº de contacto** | 0 |
| **Correo electrónico contratista:** | icarevalo3@misena.edu.co | | | | |

**Régimen del IVA:** NO RESPONSABLE **Pertenece al régimen simple de tributación?** NO **Es declarante de renta?** NO **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:** BANCO CAJA SOCIAL **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 24081173314

**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:** | 1326432/2020 | | **Nº Compromiso SIIF** | **16820** | |
| **Valor Total del Contrato** | $ 38.406.853 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 15.539.615 | **8** | **Del** 01/08/2020 **Al** | 31/08/2020 | **$ 3.790.150,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 11.749.465 | | 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** | ---------- | **8344276388** |
| **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

OB 3. Se evaluaron conocimientos adquiridos de las siguientes fichas 2020024 (38 Aprendices y 50 horas), 1865436 (25 Aprendices y 50 horas), 1830205 (35 Aprendices y 60 horas).
OB 4. Se impartió formación de manera remota en las siguientes fichas 2020024 (38 Aprendices y 50 horas), 1865436 (25 Aprendices y 50 horas), 1830205 (35 Aprendices y 60 horas).
OB 5. Se realizó trabajo creativo con las siguientes fichas 2020024 (38 Aprendices y 50 horas), 1865436 (25 Aprendices y 50 horas), 1830205 (35 Aprendices y 60 horas).
OB 11. Preparar y/o aplicar planes de mejoramiento, de acuerdo al reglamento para aprendices de las fichas 2020024 (38 Aprendices y 50 horas), 1865436 (25 Aprendices y 50 horas), 1830205 (35 Aprendices y 60 horas

**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.

**IRISLET CAROLINA AREVALO ESPEJO**
**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,

**JOSE RICARDO PEREZ CAMARGO**
**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**

**MIREYA PARRA PINTO**
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)**

**Señor(es):** IRISLET CAROLINA AREVALO ESPEJO
**Nit:** CC 52777293
**Dirección:** CARRERA 1F # 49C-03
**Teléfono:** 5672055 **Fax:**
**Ciudad:** BOGOTA, D.C.

Respetado(s) señor(es)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

| | |
|---|---|
| Nombre | IRISLET CAROLINA AREVAI |
| Tipo y número de identificación | 52777293 |
| Número de radicación planilla | 8344276388 |
| Fecha de pago | 8/20/2020 |
| Número de autorización de pago | 2535045 |
| Banco | 1023 |
| Valor Comisión | $0 |

| | |
|---|---|
| Número de empleados | 1 |
| Periodo cotización salud | Julio 2020 |
| Periodo cotización pensión | Julio 2020 |
| Periodo cotización caja | Julio 2020 |
| Número de administradoras | 3 |
| Total Pagado | $440.200 |
| Total interes mora | $0 |

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-23 | POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS | $8.000 | 1 |
| 230301 | Porvenir | $242.600 | 1 |
| EPS008 | Compensar EPS | $189.600 | 1 |

PAGADO 2535045

compensar | miplanilla.com

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

| DATOS DEL AFILIADO | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | VALOR IBC | | | | | | | LIQUIDACION DE APORTES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| № | TIPO | NUMERO | APELLIDOS Y NOMBRES | COD EPS | COD AFP | COD CAJA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VTE | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | NUEVA EPS | NUEVA AFP | IBC SALUD | IBC PENSION | IBC CAJAS | IBC RIESGOS | SUBTIPO COTIZANTE | EXTRANJERO | COLOMBIANO EN EXTERIOR | COTIZ PENSION | FONDO SOLIDAR PENSION | APORTE VOLUNT PENSION | COTIZ SALUD | UPC ADICIONAL |
| 1 | CC | 52777293 | AREVALO ESPEJO IRISLET CAROLINA | EPS008 | 230301 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1.516.060 | 1.516.060 | 0 | 1.516.060 | 0 | | | 242.600 | 0 | 0 | 189.600 | 0 |

PAGADO
2595

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

*CERTIFICACION DEPENDIENTES*

Bogotá, 30 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:

| | | | |
|---|---|---|---|
| **T.I.** | **1023880923** | **SERGIO ALEJANDRO DIAZ ARÉVALO** | **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: IRISLET CAROLINA ARÉVALO ESPEJO

C.C. 52777293

ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCION NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1023880923

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 37672523

**Datos de la oficina de registro - Clase de oficina**

Registraduria [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A 8 4

País - Departamento - Municipio - corregimiento e/o. Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE SAN CRISTOBAL BOGOTA DC COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOT

**Datos del inscrito**

Primer Apellido: DIAZ

Segundo Apellido: AREVALO

Nombre(s): SERGIO ALEJANDRO

Fecha de nacimiento: Año 2008 Mes 01 Día 20

Sexo (en letras): MASCULINO

Grupo sanguíneo: O

Factor RH: +

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA DC

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo: A7682540

**Datos de la madre**

Apellidos y nombres completos: AREVALO ESPEJO IRISLET CAROLINA

Documento de identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA 1052777293

Nacionalidad: COLOMBIA

**Datos del padre**

Apellidos y nombres completos: DIAZ ALFONSO MARCOS ANTONIO

Documento de identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA 1030591564

Nacionalidad: COLOMBIA

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos: DIAZ ALFONSO MARCOS ANTONIO

Documento de identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA 1030591564

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**

Año 2008 Mes ENE Día 18

**Nombre y firma del funcionario que autoriza**

MARCELINO MARTIN GOMEZ

Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -