SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL BOYACÁ
CENTRO DE DESARROLLO AGROPECUARIO Y AGROINDUSTRIAL - BOYACA - S

Código Regional	**15**
Código Centro	**911010**
Fecha Elaboración	**Septiembre de 2020**
Versión	**AGOSTO 2020 - 5,20**
ID de Proceso	**91801-107112**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: ADRIANA LUCIA AMPARO JIMENEZ POSADA
Correo electrónico contratista: aljimenez832@misena.edu.co
C.C. 63.514.238 **IP/Nº de contacto** 3114494930

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: DAVIVIENDA **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 450200036397

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: N/A

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: 1368669/2020 **Nº Compromiso SIIF** 14920

Valor Total del Contrato	$ 35.882.826	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 12.161.630	**8**	**Del**	**01/09/2020**	**Al**	**30/09/2020**	**$ 3.612.365,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 8.549.265		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.612.365		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	**$ 3.612.365**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.129.421**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Septiembre	Agosto
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**9409810509**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.444.946	$ 1.444.946
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 180.700	$ 180.700
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 231.200	$ 231.200
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 15.100	$ 15.100
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	$ 361.237	
Salud hasta $ 569.712	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 709.807	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.129.421,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.200.465,00	
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	0,00	0,000%
-	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	**$ 3.612.365,00**	

SON: TRES MILLONES SEISCIENTOS DOCE MIL TRESCIENTOS SESENTA Y CINCO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

01 al 04 septiembre2020: Ejecución de la formación del programa de complementaria virtual: Toxicología y seguridad alimentaria fichas 2176740, 2176742, 2176743, 2176747 y 2176749. Orientación de Resultados de aprendizaje 1 y 2.
Desarrollo de dos conferencias web el 1 y 4 de septiembre/2020. Calificación y realimentación de evidencias.
7 al 11 de septiembre/2020: Orientación de resultados de aprendizaje RAP 3 y 4, calificación y retroalimentación de evidencias.
Asistencia a transferencia el martes 8 de septiembre. Jueves 10 septiembre: Entrega documentos ejecución contractual
14 al 18 agosto 2020: Alistamiento de fichas de cierre. Jueves 14 septiembre: Procedimiento y acciones de cierre de curso
Alistamiento de fichas asignadas en senasofiaplus y asociación de aprendices el día viernes 18 de septiembre de 2020
21 al 25 de septiembre: Ejecución de la formación y orientación de RAP de las fichas asignadas. Desarrollo conferencia web 1.
28 al 30 de septiembre: Ejecución de la formación, orientación RAP2, desarrollo conferencia web 2 y 3. Calificación y realimentación.

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.

ADRIANA LUCIA AMPARO JIMENEZ POSADA
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,

LUIS ALBERTO CARDENAS RODRÍGUEZ
COORDINADOR ACADÉMICO

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

IVAN MAURICIO ROJAS RUIZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 63514238		JIMENEZ POSADA ADRIANA LUCIA AMPARO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 37 SUR 9 - 235 casa 2	SOGAMOSO-BOYACA	7750065	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-08	2020-08	728300456	9409810509	I	2020/09/09	2020/09/01	BANCO DAVIVIENDA	0	$427,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC	63514238	JIMENEZ POSADA ADRIANA LUCIA AMPARO	230201	30	$1,445,000	$231,200	EPS005	30	$1,445,000	$180,700		0	$0	$0	14-23	30	$1,445,000	$15,100	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					**$1,445,000**	**$231,200**			**$1,445,000**	**$180,700**			**$0**	**$0**			**$1,445,000**	**$15,100**		**$0**	**$0**

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$231,200	$0	$0	$231,200
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$231,200	$0	$0	$231,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$15,100	$0	$0	$15,100
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$15,100	$0	$0	$15,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$180,700	$0	$0	$180,700
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$180,700	$0	$0	$180,700
TOTAL				1	$427,000	$0	$0	$427,000

2020/08/31 07:14 PM

aportes en línea

Comprobante de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono
CC 63514238		JIMENEZ POSADA ADRIANA LUCIA AMPARO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 37 SUR 9 - 235 casa 2	SOGAMOSO-BOYACA	7750065

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION			
Periodo Pensión	**2020-08**	Periodo Salud	**2020-08**
Fecha límite de pago	**2020/09/09**	Fecha de pago	**2020/09/01**
Dias de mora	**0**	Tasa de mora	**26.16%**

TOTALES	
Valor a pagar	**$427,000**
Intereses de mora	**$0**
Saldos e incapacidades	**$0**
Valor total	**$427,000**

DATOS DE LA TRANSACCIÓN	
Clave planilla	**9409810509**
Clave de pago	**728300456**
Banco	**BANCO DAVIVIENDA**

2020/08/31 07:12 PM

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
728300456

Destino de pago
APORTES EN LINEA

Motivo
Pago de la Planilla de aportes con clave: 9409810509

Fecha
31/08/2020

Número de aprobación
00300456

Dirección IP
67.73.189.106

Valor transacción
$ 427.000,00

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
179.1.10.198	CC	63514238

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017. DAVIVIENDA

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Duitama, Septiembre 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:

NUIP - NIP	**1013007256**	**Samuel Barrera Jiménez**	**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: ADRIANA LUCÍA AMPARO JIMÉNEZ POSADA

C.C. 63.514.238 DE BUCARAMANGA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCION NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1013007256

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 33146478

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
☐	X	27	☐	☐	☐	9790

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
BARRERA **********	JIMENEZ **********

Nombre(s)

SAMUEL **********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2010 Mes MAY Día 18	Masculino	A	Positivo

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	103340393

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

JIMENEZ POSADA ADRIANA LUCIA AMPARO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO.63514238	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

BARRERA CARDENAS HECTOR ORLANDO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 79939509	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

BARRERA CARDENAS HECTOR ORLANDO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 79939509	X 79'939.509

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 2010 Mes MAY Día 21	MANUEL CASTRO BLANCO Nombre y firma

REPUBLICA DE COLOMBIA NOTARIA VEINTISIETE DEL CIRCULO DE BOGOTA D.C. COMPROBANTE DE INSCRIPCIÓN 27

REPUBLICA DE COLOMBIA MANUEL CASTRO BLANCO NOTARIO VEINTISIETE DEL CIRCULO DE BOGOTA D.C.

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

IMPRESO POR PANAMERICANA FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800.175.457-5