SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL SANTANDER
CENTRO INDUSTRIAL DEL DISEÑO Y LA MANUFACTURA-SANTANDER - SERVIC

Código Regional	**68**
Código Centro	**922510**
Fecha Elaboración	**30 septiembre de 2020**
Versión	**AGOSTO 2020 - 5,20**
ID de Proceso	**58151-758745**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: CLAUDIA PATRICIA BERMUDEZ SANTAMARIA
Correo electrónico contratista: cbermudez@sena.edu.co
C.C. 63.448.471 **IP/Nº de contacto** 7

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: DAVIVIENDA **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 46000773823

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: 1730352/2020 **Nº Compromiso SIIF** **179320**

Valor Total del Contrato	$ 13.897.180	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 12.886.476	**2**	**Del**	**01/09/2020**	**Al**	**30/09/2020**	**$ 3.790.140,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 9.096.336		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.790.140	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	$ 1.010.704			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 4.800.844**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.840.745**	**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	----------	**9410608972**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.516.056	$ 877.803
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 189.600	$ 109.800
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 242.600	$ 140.500
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 8.000	$ 4.600
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	$ 56.600	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 44.300	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 1.900	
Dependientes hasta $ 1.139.424	$ 480.084	
Salud hasta $ 569.712	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 946.915	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.840.745,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.357.940,00	
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	20.148,00	0,600%
-	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	**$ 3.769.992,00**	

SON: TRES MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

FICHA: 2189930 - FUNDAMENTOS DEL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.
FICHA: 2191656 - DESARROLLO DE ACCIONES ENCAMINADAS A LA BIOSEGURIDAD
FICHA: 2184776 - FUNDAMENTOS DEL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

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.

CLAUDIA PATRICIA BERMUDEZ SANTAMARIA
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,

ERNESTO HERRERA ROJAS
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

JUAN MANUEL CASTILLO CALDERON
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 63448471		BERMUDEZ SANTAMARIA CLAUDIA PATRICIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 49 34 21 OF 207	BUCARAMANGA-SANTANDER	6471041	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-09	2020-09	745754515	9410608972	I	2020/10/19	2020/09/18	BANCOLOMBIA	0	$440,200

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	63448471	BERMUDEZ CLAUDIA	230301	30	$1,516,056	$242,600	EPS010	30	$1,516,056	$189,600		0	$0	$0	14-23	30	$1,516,056	$8,000	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					**$1,516,056**	**$242,600**			**$1,516,056**	**$189,600**			**$0**	**$0**			**$1,516,056**	**$8,000**		**$0**	**$0**

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$242,600	$0	$0	$242,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$242,600	$0	$0	$242,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$8,000	$0	$0	$8,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$8,000	$0	$0	$8,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$189,600	$0	$0	$189,600
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$189,600	$0	$0	$189,600
TOTAL				1	$440,200	$0	$0	$440,200

2020/09/17 06:46 PM

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Bogotá, 30 de 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:

T.I.	**1.097.492.288**	**ANDRES FELIPE LOPEZ BERMUDEZ**	**HIJO**
T.I.	**1.097.500.092**	**MARIA GABRIELA LOPEZ BERMUDEZ**	**HIJO**

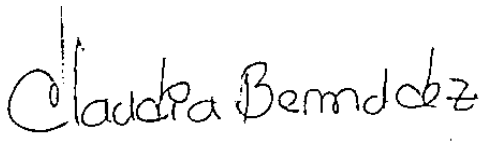
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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: CLAUDIA PATRICIA BERMUDEZ SANTAMARIA

C.C. 63.448.471

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

ESTE REGISTRO CIVIL TIENE VALIDEZ PERMANENTE

NUIP 1097492288

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 40263250

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 08 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código Q 6 F

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
LOPEZ**********	BERMUDEZ**********

Nombre(s)
ANDRES FELIPE**********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2005 Mes DIC Día 28	Masculino	O	Positivo

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

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO. CLINICA SAN LUIS	A6587389

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos
BERMUDEZ SANTAMARIA CLAUDIA PATRICIA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO.63448471	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos
LOPEZ AMAYA LUIS GABRIEL

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 91491606	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos
LOPEZ AMAYA LUIS GABRIEL

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 91491606	

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 2005 Mes DIC Día 29	DR. EDUARDO SUAREZ MOTTA Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

El Suscrito Notario Octavo de Bucaramanga, da fé de que esta copia corresponde al original que reposa en el archivo de esta notaría.
DR. MANUEL SALVADOR DEVIA
CIRCULO NOTARIAL DE BUCARAMANGA
NOTARIO OCTAVO
11 DIC 2013

REPUBLICA DE COLOMBIA DPTO. DE SANTANDER NOTARIA 8a DEL CIRCULO BUCARAMANGA

— ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO —

Escaneado con CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

ESTE REGISTRO CIVIL TIENE VALIDEZ PERMANENTE

NUIP 1097500092

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 41391713

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 08 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código Q6E

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

COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
LOPEZ **********	BERMUDEZ **********

Nombre(s)

MARIA GABRIELA **********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2008 Mes OCT Día 30	Femenino	O	Positivo

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

COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	51299624-0

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

BERMUDEZ SANTAMARIA CLAUDIA PATRICIA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO.63.448.471	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

LOPEZ AMAYA LUIS GABRIEL

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 91.491.606	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

LOPEZ AMAYA LUIS GABRIEL

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 91.491.606	

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 2008 Mes NOV Día 04	DR. MANUEL SALVADOR VEGA NIÑO Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

El Suscrito Notario Octavo del Círculo de Bucaramanga, da fé de que esta copia corresponde al original que reposa en el archivo de esta notaría.

DR. MANUEL SALVADOR VEGA NIÑO
CIRCULO NOTARIAL DE BUCARAMANGA
NOTARIO OCTAVO

11 DIC 2013

NOTARIA 8a DEL CIRCULO BUCARAMANGA

— ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO —

Escaneado con CamScanner