SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL SANTANDER
CERTIFICACION COMPETENCIAS LABORALES-CENTRO DE GESTION AGROEM

Código Regional	**68**
Código Centro	**954610**
Fecha Elaboración	**31 de mayo de 2020**
Versión	**MAYO 2020 - 4,20**
ID de Proceso	**08883-261681**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: DIANA MARIA PARRA GUZMAN
Correo electrónico contratista: dparrag@sena.edu.co
C.C. 40.049.648 **IP/Nº de contacto** 74123

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 ?** SI

Banco al cual consignar: BANCOLOMBIA **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 32222450518

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: NO

Se acogió para el mes anterior, al pago parcial del aporte al Sistema General de Pensiones según el Art. 3 del Decreto N° 558: SI

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: SI

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato: 1405851/2020 **Nº Compromiso SIIF** **37820**

Valor Total del Contrato	$ 19.125.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**			**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 12.718.125	**3**	**Del**	**01/05/2020**	**Al** **31/05/2020**	**$ 3.825.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 8.893.125		Comisiones		$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.825.000		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	**$ 3.825.000**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.403.975**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Mayo	**Abril**
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**8607422842**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.530.000	$ 1.530.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 191.300	$ 191.300
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 45.900	$ 45.900
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 16.000	$ 16.000
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	$ 382.500	
Salud hasta $ 569.712	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 801.325	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.403.975,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.587.800,00	
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 - 8560	7.176,00	0,200%
-	0,00	
-	0,00	
Aporte Voluntario Dec. 568/2020	0,00	0,000%
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	**$ 3.817.824,00**	

SON: TRES MILLONES OCHOCIENTOS DIECISIETE MIL OCHOCIENTOS VEINTICUATRO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Elaboración de 72 items de conocimiento para elaboración de instrumentos de evaluación
Participación en reunión virtual para el manejo de FORMS y DSFT
inscripción de 30 candidatos para la norma Higienizar planta de alimentos según procedimiento técnico y normativa sanitaria
realización de inducción virtual a 30 candidatos en la norma Higienizar planta de alimentos según procedimiento técnico

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.

DIANA MARIA PARRA GUZMAN
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,

JAVIER GONZALEZ FRANCO
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

HERIKA BIBIANA ARIZA GONZALEZ
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02

RESULTADO GENERACIÓN PLANILLA

OPERADOR DE INFORMACIÓN ASOPAGOS

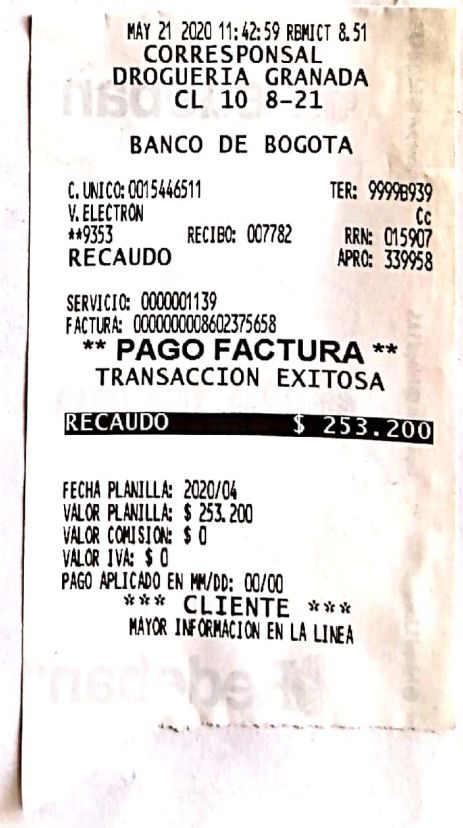
Razón social: DIANA MARIA PARRA GUZMAN **Identificación:** CC-40049648 **Código dependencia o sucursal:** 0 **Nombre dependencia o sucursal:** 0 **Fecha de generación del reporte:** 2020-05-21 **Período pensión:** 2020-04 **Período salud:** 2020-04 **Clase de planilla:** Asistida	**Sin pagar**

REFERENCIA DE PAGO (PIN)	TIPO DE PLANILLA	TOTAL A PAGAR	FECHA LÍMITE DE PAGO	ESTADO
8602375658	I	$253.200	2020-05-21	Lista para pago en banco
8602375658	I	$253.200	2020-05-22	Lista para pago en banco

Recuerde que los pagos realizados en horario adicional, se aplican para el siguiente día hábil.

Puntos de Recaudo:

Banco AvVillas	Banco Bogotá	REDEBAN	Davivienda	Banco de Occidente	Bancolombia	Baloto	Grupo Exito



MAY 21 2020 11:42:59 RBMICT 8.51
CORRESPONSAL
DROGUERIA GRANADA
CL 10 8-21

BANCO DE BOGOTA

C. UNICO: 0015446511 TER: 9999B939
V. ELECTRON Cc
**9353 RECIBO: 007782 RRN: 015907
RECAUDO APRO: 339958

SERVICIO: 0000001139
FACTURA: 0000000008602375658
** PAGO FACTURA **
TRANSACCION EXITOSA

RECAUDO $ 253.200

FECHA PLANILLA: 2020/04
VALOR PLANILLA: $ 253.200
VALOR COMISION: $ 0
VALOR IVA: $ 0
PAGO APLICADO EN MM/DD: 00/00
*** CLIENTE ***
MAYOR INFORMACION EN LA LINEA

Escaneado con CamScanner

DETALLE PLANILLA
OPERADOR DE INFORMACIÓN

Razón social: DIANA MARIA PARRA GUZMAN **Identificación:** CC-40049648 **Código dependencia o sucursal:** 0 **Nombre dependencia o sucursal:** 0 **Fecha de generación del reporte:** 2020-05-21 **Fecha limite de pago:** 2020-05-13 **Planilla lista para pago por AV-VILLAS** **Período pensión:** 2020-04 **Período salud:** 2020-04 **Referencia de pago (PIN): 8602375658** **Tipo de planilla:** I **Clase de planilla:** Normal **Número de la planilla:** 8607422842	**Sin pagar**

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO DE AFILIADOS	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR	SELECCIONAR TODOS | SELECCIONAR NINGUNO
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones COLPENSIONES	1	$0	$0	$0	$45.900	$45.900	☐
EPS016	805000427	COOMEVA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A.	1	$0	$0	$0	$191.300	$191.300	☐
14-11	890903790	ARL SURA - SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.	1	$0	$0	$0	$16.000	$16.000	☐
GRAN TOTAL				$0	$0	$0	$253.200	$253.200	

Imprimir Descargar Resumen

Escaneado con CamScanner

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Vélez, 30 de junio 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 contratista de prestación de servicios personales y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario y el artículo 1.2.4.1.18. del Decreto 1625 de 2016, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

NUIP - NIP	**1099212089**	**DAVID JOSE OLAYA PARRA**	**HIJO**
NUIP - NIP	**1099218507**	**LUCIANA OLAYA PARRA**	**HIJA**

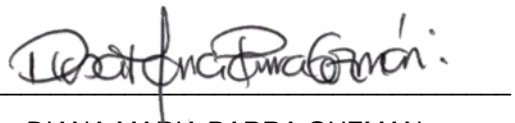
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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: DIANA MARIA PARRA GUZMAN

C.C.: 40049648 DE TUNJA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1.099.212.089

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 50947160

X5094715DX

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 0 X F

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

REGISTRADURIA DE BARBOSA - COLOMBIA - SANTANDER - BARBOSA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
OLAYA	PARRA

Nombre(s): DAVID JOSE

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2012 Mes MAY Día 18	MASCULINO	A	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA BOYACA MONIQUIRA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	1127448-8

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: PARRA GUZMAN DIANA MARIA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 40.049.643	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: OLAYA SANCHEZ BERNARDO EFRAIN

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 91.016.434	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: OLAYA SANCHEZ BERNARDO EFRAIN

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 91.016.434	

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 2012 Mes MAY Día 23	SANDRA MILENA [illegible] ROJIGUES Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Scanned by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1.099.218.507

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 152488632

- 52488632 -

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [X] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** Q X F

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

REGISTRADURIA DE BARBOSA - COLOMBIA - SANTANDER - BARBOSA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
OLAYA	PARRA

Nombre(s): LUCIANA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2018 Mes SEP Día 15	FEMENINO	A	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA BOYACA MONIQUIRA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	14985714-9

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: PARRA GUZMAN DIANA MARIA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 40.049.648	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: OLAYA SANCHEZ BERNARDO EFRAIN

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 91.016.434	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: OLAYA SANCHEZ BERNARDO EFRAIN

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 91.016.434	

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 2018 Mes SEP Día 15	LUZ ESTELLA DALLOS TRIANA - REGIS Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Scanned by CamScanner