

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL DISTRITO CAPITAL DESPACHO DIRECCION		Código Regional	11
			Código Centro	101000
			Fecha Elaboración	Septiembre de 2020
			Versión	AGOSTO 2020 - 5,20
			ID de Proceso	41361-578578
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista:		LUZ ESTELLA MEJIA DIAZ lemejia@sena.edu.co	C.C.	43.500.770
Correo electrónico contratista:		14406		
Régimen del IVA:		☐ NO RESPONSABLE	Pertenece al régimen simple de tributación?	☐ NO
Sus ingresos en el 2019 Superaron \$47.978.000		☐ SI	Inducción SST	☐ SI
Banco al cual consignar:		BANCOLOMBIA	Tipo de cta	AHORROS
Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato?		☐ NO	Presta Servicios Excluidos de IVA ?	☐ NO
Tiene contratos de prestación de servicios con otras Entidades Públicas:		☐ N/A	Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2020 supera los \$ 117.503.000	☐ 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:		☐ 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	☐ N/A	
DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO				
N° del contrato:	1294141/2020	N° Compromiso SIIF	3520	
Valor Total del Contrato	\$ 67.980.000	N° Pago	9	Valor Bruto Pago
Saldo Anterior del Contrato	\$ 22.660.000	Periodo objeto de pago	Del 01/09/2020 Al 30/09/2020	\$ 6.180.000,00
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 16.480.000	Comisiones	\$ 0,00	
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios	\$ 6.180.000	Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°	1,61%	
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 59.519	
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0	Menos, Rete Fuente Otros Ingresos	\$ 0	
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 6.180.000	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 59.519	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 3.695.925			
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	Septiembre	Agosto	Valor Base retención en la fuente	3.695.925,00
Ingreso Base de Cotización - IBC	7763274836	7763274836	Valor Base retención en la fuente ICA	5.545.900,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 2.224.800	\$ 2.224.800	Valor base IVA	0,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 278.100	\$ 278.100	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ 356.000	\$ 356.000	Menos Retención en la Fuente	59.519,00
ARL	\$ -	\$ -	Menos Retención IVA	0,00
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ 11.700	\$ 11.700	Reteica - 8299	53.573,00
Aportes voluntarios a cuentas AFC	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.128.000	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Intereses Prestamo de Vivienda	\$ 3.560.700	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Aportes A.R.L. de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Descuentos de Libranza	0,00
Dependientes hasta	\$ 1.139.424	\$ 618.000	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00
Salud hasta	\$ 569.712	\$ -	VALOR A PAGAR	\$ 6.066.908,00
Renta Exenta 25%	\$ 8.545.680	\$ 1.231.975		
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	\$ -		
SON: SEIS MILLONES SESENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS OCHO PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Programar y liderar Teams con las Líderes de Bienestar 15 centros de formación para el seguimiento al plan de bienestar presupuesto Liderar la socialización de la estrategia atención en salud mental en marco del Covid-19 Liderar la capacitación para los equipos psicosociales centros de formación sobre manual de estrategias de prevención del uso SPA Análisis de la información sobre las necesidades de los aprendices de los 15 centros de formación. Apoyar el proyecto OLA promover la resiliencia y el desarrollo de recursos para superar la depresión y la ansiedad Orientar la capacitación del marco técnico de acción, reducción y consumo sustancias psicoactivas Participar en el foro virtual conmemoración mundial prevención contra la conducta suicida niños, niñas y adolescentes. Apoyar semana andina derechos sexuales y reproductivos Liderar la estrategia de apoyo psicosocial PAP funcionarios de la Entidad Despacho Regional				
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 ESTELLA MEJIA DIAZ EL CONTRATISTA	
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO				
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:			Autorizo el presente pago. El Supervisor,	
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.				
			ROSALBA GARZON BEJARANO 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				
ENRIQUE ROMERO CONTRERAS DIRECTOR REGIONAL A G08				

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 43500770
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	LUZ ESTALA MEJIA DIAZ	
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO: BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CARRERA 8 #151- 83 APTO 202	TELÉFONO: 3104603
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Otros trabajos de edición.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO	

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	7763274836	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: agosto	PERIODO COTIZACIÓN MES: agosto
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2020	SALUD: AÑO: 2020
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2020/09/03	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 731788871

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 384.000
SUBTOTAL:			1	\$ 384.000
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800130907	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1	\$ 300.000
SUBTOTAL:			1	\$ 300.000
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	\$ 12.600
SUBTOTAL:			1	\$ 12.600

TOTAL PAGADO:	\$ 696.600
----------------------	-------------------

CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES

Bogotá, 30 de septiembre de 2020

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (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.	1017924006	MANUELA MONSALVE MEJIA	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,

Nombre: LUZ ESTELLA MEJIA DIAZ

C.C.43500770 de Medellín

G.

ORGANIZACIÓN SECTORIAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DEL REGISTRO CIVIL

NUIP 1017924006

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 3 9020362

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaria ☒ Número 12 Consulado ☐ Arrugimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código A 4 L
País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía
COLOMBIA. ANTIOQUIA. MEDELLIN.

Datos del inscrito

Primer Apellido MONSALVE. Segundo Apellido MEJIA.
Nombre MANUELA.
Fecha de nacimiento
Año 2005 Mes 004 Día 15 SEXO FEMENINO.
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección)
COLOMBIA. ANTIOQUIA. MEDELLIN.

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos
CERTIFICADO MEDICO. Número certificado de nacido vivo
A6379415.

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos
MEJIA DIAZ LUZ ESTELLA. Nacionalidad
Documento de identificación (Clase y número)
C.C.#43.500.770 DE MEDELLIN(A). COLOMBIANA.

Datos del padre

Apellidos y nombres completos
MONSALVE AHUMADA MANUEL FERNANDO DE JESUS. Nacionalidad
Documento de identificación (Clase y número)
C.C.#79.469.069 DE BOGOTA D.C. COLOMBIANA.

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos
MONSALVE AHUMADA MANUEL FERNANDO DE JESUS. Firma
Documento de identificación (Clase y número)
C.C.#79.469.069 DE BOGOTA D.C. 79-469-069

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 2005 Mes 004 Día 15
Nombre y firma de funcionario que
BEATRIZ ELENA NEPES HERNANDEZ
NOTARIA DOCE

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

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -