SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

**FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES**
**REGIONAL DISTRITO CAPITAL**
**CENTRO DE ELECTRICIDAD Y ELECTRONICA Y TELECOMUNICACION - BTA DC**

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **11** |
| **Código Centro** | **921010** |
| **Fecha Elaboración** | **30 septiembre de 2020** |
| **Versión** | **AGOSTO 2020 - 5,20** |
| **ID de Proceso** | **31755-931005** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | AURA CAROLINA ROMERO MORENO | **C.C.** | 52.837.794 | **IP/Nº de contacto** | 3012115723 |
| **Correo electrónico contratista:** | aurcar.romero@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 ?** NO

**Banco al cual consignar:** DAVIVIENDA **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 475700044591

**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:** | 1338504/2020 | | | **Nº Compromiso SIIF** | **5220** |
| **Valor Total del Contrato** | $ 30.541.842 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 5.151.636 | **8** | **Del** 01/09/2020 **Al** 30/09/2020 | | **$ 3.679.740,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 1.471.896 | | Comisiones | $ 0,00 | |

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 3.679.740 | 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** | **$ 3.679.740** | Menos, Retefuente Otros Ingresos | | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 2.169.125** | **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** | ---------- | **45105027** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 1.471.896 | $ 1.471.896 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 184.000 | $ 184.000 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 235.600 | $ 235.600 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 |
| ARL IV | $ - | $ 0 |
| 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 | $ 367.974 | |
| Salud hasta $ 569.712 | $ - | |
| Renta Exenta 25% $ 8.545.680 | $ 723.042 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Valor Base retención en la fuente | 2.169.125,00 | TARIFA |
| Valor Base retención en la fuente ICA | 3.260.140,00 | |
| 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 | 31.493,00 | 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** | **$ 3.648.247,00** | |

**SON: TRES MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y SIETE PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ficha: 1837029; Tecnólogo en mantenimiento de equipo Biomédico; Se impartió la competencia 290201065 Ejecución de mantenimiento de equipos biomédicos. Con las siguientes actividades:
Introducción a los conceptos de mantenimiento; Principios de funcionamiento de los equipos biomédicos generales.
Introducción a la gestión de la tecnología biomédica; Ciclo de gestión del equipamiento biomédico.
Ficha: 1903610-25; Tecnólogo en mantenimiento de equipo Biomédico; Se impartió la competencia 290201065 Ejecución de mantenimiento de equipos biomédicos. Con las siguientes actividades:
Repaso de la normativa asociada a los dispositivos médicos y los equipos biomédicos. (Decreto 4725 de 2005, Resolución 3100 de 2019)
Ficha: 2024407; Tecnólogo en mantenimiento de equipo Biomédico; Se impartió la competencia 290201065 Establecimiento de actividades operativas para el mantenimiento de equipos biomédicos. Con las siguientes actividades: Introducción a las instalaciones eléctricas.

**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.

**AURA CAROLINA ROMERO MORENO**
**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 CARLOS GONZALEZ ARENAS**
**INSTRUCTOR G19**

**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**

**CLAUDIA JANET GOMEZ LARROTTA**
**SUBDIRECTORA DE CENTRO G02**

compensar | miplanilla.com

# REPORTE RESUMEN DE PAGO

## Información básica de la planilla

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Empresa:** | AURA CAROLINA ROMERO MORENO | **NIT:** | 52837794 |
| **Tipo Planilla:** | I | **Periodo liquidación Pensiones:** | agosto 2020 |
| **Sucursal o Dependencia:** | PRINCIPAL | **Periodo liquidación Salud:** | agosto 2020 |
| **Número de Radicación:** | 45105027 | **Total a pagar:** | $419,600 |
| **Fecha de vencimiento:** | 30/09/2020 | **Total de empleados:** | 1 |
| **Fecha de Pago:** | 08/09/2020 | **Número de Administradoras:** | 2 |

## Detalles del pago

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón social recaudo:** | Compensar OI | **Nit recaudo:** | 9998600669427 |
| **Descripción:** | MiPlanilla.com Pago Proteccion Social | **Medio de Pago:** | Pago Electronico por PSE |
| **Banco:** | BANCO DAVIVIENDA | **Número Autorización:** | 736556700 |
| **Estado de la transacción:** | Transacción aprobada | | |

| Código | NIT | Administradoras | Num. Afiliados | *Número de incapacidad por riesgos laborales | Valor descontado en incapacidad y/o licencia | Total Pagado |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301 | 800224808 | Porvenir | 1 | | $0 | $235,600 |
| EPS005 | 800251440 | Sanitas EPS | 1 | | $0 | $184,000 |
| | | | | | | $419,600 |

***Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**

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

*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:

| | | | |
|---|---|---|---|
| **R.C.** | **1016605609** | **Ana María Delgado Romero** | **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: Aura Carolina Romero Moreno

C.C. 52837794

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

## REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial: 55703669

*55703669*

**NUIP** 1016605609

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

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 05 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** 10 0 5

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

**********COLOMBIA ********** CUNDINAMARCA ********** BOGOTA**********

**Datos del inscrito**

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| DELGADO********** | ROMERO********** |

**Nombre(s)**

ANA MARIA**********

| Fecha de nacimiento | | | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|---|---|
| Año 2016 | Mes FEB | Día 12 | FEMENINO | O | POSITIVO |

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

**********COLOMBIA ******* CUNDINAMARCA ******* BOGOTA D.C.**********

| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO DE NACIDO VIVO | 13643669-8 |

**Datos de la madre**

**Apellidos y nombres completos**

ROMERO MORENO AURA CAROLINA**********

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| C.C. No. 52837794 DE BOGOTA | COLOMBIANA |

**Datos del padre**

**Apellidos y nombres completos**

**********
DELGADO RINCON JAIME ARLEY

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| C.C. No. 80871399 DE BOGOTA | COLOMBIANA |

**Datos del declarante**

**Apellidos y nombres completos**

DELGADO RINCON JAIME ARLEY**********

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| C.C. No. 80871399 DE BOGOTA | Jaime Arley Delgado Rincón |

**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 2016 Mes FEB Día 23 | ANDRÉS HIBER AREVALO PACHECO<br>Nombre y firma<br>NOT. 76 BOGOTA D.C. |

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

**ESPACIO PARA NOTAS**

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

IMPRESO POR PANAMERICANA FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800.175.037-6 TEL. 430 2110

Escaneado con CamScanner

NOTARIA 5a DEL CIRCULO DE BOGOTA D.C.

LA PRESENTE FOTOCOPIA FUE TOMADA DEL ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA NOTARIA, SE EXPIDE A SOLICITUD DEL INTERESADO PARA DEMOSTRAR PARENTESCO DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN LOS ARTICULOS 115 DECRETO 1260 DE 1970 Y 1o. DECRETO 278 DE 1972.
ESTE REGISTRO NO TIENE FECHA DE VENCIMIENTO.
ARTICULO 2 DECRETO 2150 DE 1.995.

TOMO: _____ FOLIO _____

SERIAL No.: 55703669

BOGOTA D.C., 23 FEB. 2016

CON DESTINO AL INTERESADO

REPUBLICA DE COLOMBIA
NOTARIA 5a
BOGOTA, D.C.
ANDRES HIBER AREVALO PACHECO
Notario

ESPACIO EN BLANCO
NOTARIA 5a

Escaneado con CamScanner