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	**Octubre de 2020**
Versión	**AGOSTO 2020 - 5,20**
ID de Proceso	**81404-401882**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	LUZ ESTELLA MEJIA DIAZ	**C.C.**	43.500.770	**IP/Nº de contacto**	14406
Correo electrónico contratista:	lemejia@sena.edu.co				

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 ?** NO

Banco al cual consignar: BANCOLOMBIA **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 10152683364

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: 1294141/2020 **Nº Compromiso SIIF** **3520**

Valor Total del Contrato	$ 67.980.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 16.480.000	**10**	**Del**	**01/10/2020**	**Al**	**31/10/2020**	**$ 6.180.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 10.300.000		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 6.180.000		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	1,61%
Ingresos por comisiones	$ 0		Retencion en la Fuente del Periodo	$ 59.519
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 6.180.000**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 3.695.925**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 59.519**

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

		Octubre	Septiembre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**7766129101**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 2.224.800	$ 2.224.800
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 278.100	$ 278.100
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 356.000	$ 356.000
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL	I	$ 11.700	$ 11.700
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	$ 618.000	
Salud hasta	$ 569.712	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 8.545.680	$ 1.231.975	
Retención en la Fuente Contingente		$ -	

Valor Base retención en la fuente	3.695.925,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	5.545.900,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	59.519,00	1,61%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299	53.573,00	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	**$ 6.066.908,00**	

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 de los 15 centros de formación para el seguimiento de las acciones virtuales al
Atender requerimientos de los aprendices y líderes de los Centros de formación bienestar al aprendiz.
Liderar capacitación Trabajamos juntos para prevenir conducta suicida – aprendices y equipos psicosociales de la Regional
Socializar el Manual prevención SPA – liderees y equipos psicosociales/ Secretaria de Salud.
Análisis de la información sobre las necesidades de los aprendices de los 15 centros de formación.
Liderar y hacer seguimiento al apoyo y orientación a los aprendices
Liderar reuniones seguimiento practicantes de Psicologia en las áreas social y educativa de la Fundación Konrad Lorenz
Liderar reunión Director Regional y representantes de aprendices
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:

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,

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 ESTELLA 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:	**7766129101**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS:	MES:	septiembre	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES:	septiembre
	AÑO:	2020		AÑO:	2020
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2020/10/05	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		762091310

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, 31 de octubre 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

NOTARIA DOCE

G.

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
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 ☐ Notaría XIX Número 12 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código A 4 L

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

. . . .COLOMBIA. . . . .ANTIOQUIA. . MEDELLIN. . . . . .

Datos del inscrito

Primer Apellido: . . . . .MONSALVE. . . . . Segundo Apellido: . . . . .MEJIA. . . . . .

Nombre(s): . . . . . .MANUELA. . . . . .

Fecha de nacimiento: Año 2005 Mes 004 Día 15 Sexo (en letras): FEMENINO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/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. . . . . .

Documento de identificación (Clase y número): C.C.#43.500.770 DE MEDELLIN(A). . . . . Nacionalidad: .COLOMBIANA. . .

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: MONSALVE AHUMADA MANUEL FERNANDO DE JESUS. . . . . .

Documento de identificación (Clase y número): C.C.#79.469.069 DE BOGOTA D.C. . . . . Nacionalidad: .COLOMBIANA. . .

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: MONSALVE AHUMADA MANUEL FERNANDO DE JESUS. . .

Documento de identificación (Clase y número): C.C.#79.469.069 DE BOGOTA D.C. . . . . Firma: 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 del funcionario ante quien se hace el reconocimiento: BEATRIZ ELENA KEPES HERNANDEZ

Nombre y Firma

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y Firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Nombre y Firma

ESPACIO PARA NOTAS

REPÚBLICA DE COLOMBIA JOSE IVAN MARIN SEPULVEDA NOTARIO DOCE MEDELLIN ANTIOQUIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA 12 BEATRIZ ELENA KEPES HERNANDEZ NOTARIA DOCE ENCARGADA MEDELLIN

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -