SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL BOYACÁ
CENTRO MINERO- BOYACA - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION

Código Regional	**15**
Código Centro	**911110**
Fecha Elaboración	**Octubre de 2020**
Versión	**AGOSTO 2020 - 5,20**
ID de Proceso	**55829-378187**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	ADRIANA MARCELA MAYORGA ESGUERRA	**C.C.**	53.083.001	**IP/N° de contacto**	82497
Correo electrónico contratista:	amayorgae@sena.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 ?** SI

Banco al cual consignar: BANCOLOMBIA **Tipo de cta** AHORROS **N° Cuenta** 35895269822

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

N° del contrato:	1415334/2020			**N° Compromiso SIIF**	**22020**		
Valor Total del Contrato	$ 33.721.334	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 8.550.767	**8**	**Del**	**01/10/2020**	**Al**	**31/10/2020**	**$ 3.613.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 4.937.767		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.613.000	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	**$ 3.613.000**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.129.775**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**		**$ 0**

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

	Octubre	Septiembre			
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	----------	**44640166**	Valor Base retención en la fuente	2.129.775,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.445.200	$ 1.445.200	Valor Base retención en la fuente ICA	3.201.000,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 180.700	$ 180.700	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 231.300	$ 231.300	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL II	$ 15.100	$ 15.100	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 8299	0,00	0,000%
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -		-	0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.128.000	$ -		-	0,00	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.560.700	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta $ 1.139.424	$ 361.300				
Salud hasta $ 569.712	$ -		Descuentos de Libranza	0,00	
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 709.925		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		**VALOR A PAGAR**	**$ 3.613.000,00**	

SON: TRES MILLONES SEISCIENTOS TRECE MIL PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Planear, orientar y evaluar procesos de formación en el área y programa objeto del presente contrato, de acuerdo con la programación establecida, el modelo pedagógico del SENA, los lineamientos del sistema de gestión integral del calidad.
Realizar formación virtual en los programas de la familia de Bilinguismo asignadas por el Centro de Formación
Notificar a los aprendices en todo el proceso formativo (anuncios, foros, sesiones en línea, chats, correos, alertas, mensajería
Realizar el alistamiento y configuración de los cursos asignados
Establecer la ruta de aprendizaje y asociar aprendices en el aplicativo SOFIA PLUS de acuerdo a la programación en intensidad horaria
Verificar la creación de la ruta de aprendizaje generada por el equipo de programadores del grupo de formación virtual
Planear y ejecutar las actividades relacionadas de la guía de aprendizaje. Ejecutar el Cronograma del Curso (RAP, Actividades, tiempos
Cumplir con los productos definidos en el proyecto formativo y/o productivo asociados al programa objeto del presente contrato.

PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:
1. Cumpli 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 veridica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí diligenciados.

ADRIANA MARCELA MAYORGA ESGUERRA
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 periodo 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,

ANA MARIA MONGUI GALVIS
INSTRUCTOR G09

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

YAMITH ALFONSO MARTINEZ CHAPARRO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

ARUS®
Tecnología + Información + Conocimiento

Recibo Pago

Nit de comercio operador de información
900089104-5
Razón social del operador de información
ARUS (antes Enlace Operativo)
Descripción
Pago de Seguridad Social
Fecha
15/10/2020 14:02
Período de cotización otros riesgos
septiembre 2020
Período de cotización para salud
septiembre 2020
Empresa
ADRIANA MARCELA MAYORGA ESGUERRA
ID
53083001
Nombre aportante
ADRIANA MARCELA MAYORGA ESGUERRA
Dirección IP de origen
10.0.19.58
Datos Valores pagados

Administradora	Valor sin Mora	Valor Mora	Total
PORVENIR	$231,300.00	$0.00	$231,300.00
MEDIMAS EPS	$180,700.00	$0.00	$180,700.00
POSITIVA DE SEGUROS	$15,100.00	$0.00	$15,100.00

Subtotales
Valor sin mora
$427,100.00
Valor mora
$0.00

Referencia de pago / N° planilla
44640166

Tipo de planilla
I
Número transacción bancaria / CUS
772063860
Banco
1007 - BANCOLOMBIA
Total pagado
$427,100.00

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Sogamoso, octubre 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:

T.I.	**1034298115**	**Santiago Abdullah**	**HIJO**
T.I	**1034298116**	**Sophia Abdullah**	**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,

_____
FIRMA

Nombre: Adriana Marcela Mayorga Esguerra

C.C. 53.083.001 de Bogotá

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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP **1034298115**

Indicativo Serial 51047861

51047861

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 01 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 1001

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. - NOTARIA PRIMERA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ABDULLAH	**MAYORGA**

Nombre(s)

SANTIAGO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2004 Mes DIC Día 19	**MASCULINO**	****	****

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

ESTADOS UNIDOS - CALIFORNIA - SACRAMENTO

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIMIENTO E INSCRIP POR CORREO	****

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: **MAYORGA ESGUERRA ADRIANA MARCELA**

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CCNº 53 083 001 DE BOGOTA	**COLOMBIANO(A)**

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: **ABDULLAH JOSEPH SAHIR**

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
PP Nº 058257372 DE ESTADOS UNIDOS	**ESTADOUNIDENSE**

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: **ESGUERRA DE MAYORGA LUZ AMELIA**

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CCNº 41 425 865 DE BOGOTA	

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 2010 Mes SEP Día 09	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

NOTARIA ENCARGADA

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

ESPACIO PARA NOTAS

NOTARIA PRIMERA DEL CIRCULO DE BOGOTA
Es fiel Copia Del Original Dado en Bogotá D.C. Valido p...
demostrar parentesco.
D.C.
14 JUL 2016

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP **1034298116**

Indicativo Serial 51047862

51047862

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 01 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 1001

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. - NOTARIA PRIMERA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ABDULLAH	**MAYORGA**

Nombre(s)

SOPHIA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2007 Mes AGO Día 06	**FEMENINO**	****	****

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

ESTADOS UNIDOS - CALIFORNIA - SACRAMENTO

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIMIENTO E INSCRIP POR CORREO	****

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

MAYORGA ESGUERRA ADRIANA MARCELA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CCNº 53 083 001 DE BOGOTA	**COLOMBIANO(A)**

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

ABDULLAH JOSEPH SAHIR

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
PP Nº 058257372 DE ESTADOS UNIDOS	**ESTADOUNIDENSE**

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

ESGURRERA DE MAYORGA LUZ AMELIA

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CCNº 41 425 865 DE BOGOTA	

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 2010 Mes SEP Día 09

Nombre y firma del funcionario que autoriza

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

NOTARIA PRIMERA DEL CIRCULO DE BOGOTA
Es fiel Copia del Original dada en Bogotá D.C. Valida para demostrar parentesco.
DC. Hoy 25 NOV 2015
REPUBLICA DE COLOMBIA
NOTARIO
NOTARIA PRIMERA DE BOGOTA

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -