SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL ANTIOQUIA
COMPLEJO TECNOLÓGICO AGROINDUSTRIAL PECUARIO Y TURISTICO - ANTIO

Código Regional	**5**
Código Centro	**950410**
Fecha Elaboración	**Septiembre de 2020**
Versión	**AGOSTO 2020 - 5,20**
ID de Proceso	**26694-950260**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: SELENNY LADYS CAÑIZALES PAZ
Correo electrónico contratista: scpaz@misena.edu.co
C.C. 35.601.964 **IP/Nº de contacto** 44224

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 **Nº Cuenta** 10853000552

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: 1663038/2020 **Nº Compromiso SIIF** **120920**

Valor Total del Contrato	$ 20.972.230	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 14.023.600	**3**	**Del**	**01/09/2020**	**Al**	**30/09/2020**	**$ 3.790.162,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 10.233.438		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.790.162		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	4,79%
Ingresos por comisiones	$ 0		Retencion en la Fuente del Periodo	$ 216.553
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 3.790.162			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 7.580.324**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 4.522.419**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 216.553**

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

	Septiembre	**Agosto**
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**4352257379**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.516.065	$ 1.516.065
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 189.600	$ 189.600
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 242.600	$ 242.600
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 8.000	$ 8.000
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	$ 202.200	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 158.000	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 6.600	
Dependientes hasta $ 1.139.424	$ 758.032	
Salud hasta $ 569.712	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 1.507.473	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	4.522.419,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.357.962,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	216.553,00	4,79%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299	0,00	0,000%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Jaime Isaza Cadavid	15.161,00	0,400%
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	**$ 3.558.448,00**	

SON: TRES MILLONES QUINIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS SE ENCUENTRAN DETALLADAS EN EL INFORME DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL DEL MES CORRESPONDIENTE

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.

SELENNY LADYS CAÑIZALES PAZ
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,

SANTIAGO ZAPATA CASTILLO
INSTRUCTOR G15

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

ELKIN HUMBERTO GRANADA JIMENEZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	35601964
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			SELENNY LADYS CANIZALES PAZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	APARTADO	DEPARTAMENTO:	ANTIOQUIA
DIRECCIÓN:	BARRIO POLICARPA	TELÉFONO:	8290000
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4352257379**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS:	MES:	agosto	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES:	agosto
	AÑO:	2020		AÑO:	2020
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2020/09/11	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9991882933

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 242.600
SUBTOTAL:			1	**$ 242.600**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
805000427	EPS016	EPS016-COOMEVA S.A.	1	$ 189.600
SUBTOTAL:			1	**$ 189.600**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 8.000
SUBTOTAL:			1	**$ 8.000**

TOTAL PAGADO:	**$ 440.200**

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 16 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 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:

C.C.#	85.230.280	**MIGUEL ANGEL PALENCIA DIAZ**	**Compañero permanente**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Elija un elemento.

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: SELENNY LADYS CAÑIZALES PAZ

C.C.# 35´601.964 DE QUIBDÓ (CHOCÓ)

DECLARACIÓN EXTRAJUICIO

En la ciudad de Arboletes, Departamento de Antioquia, Republica de Colombia, a los **VEINTISIETE (27)** días del mes de **AGOSTO** del año dos mil **VEINTE (2020),** ante la Notaria Única Encargada del circulo de Arboletes cuyo titular es ***MARIELA DE LA ROSA ANGULO,*** de conformidad con los decretos 1557 y 2282 de 1989, articulo 299 del Código de P. Civil, **COMPARECIO:** La señora **SELENNY LADYS CAÑIZALEZ PAZ,** de 45 años de edad, Colombiano, mayor de edad, vecino(a) de Arboletes, residente en el Barrio Kennedy, Municipio de Arboletes, Departamento de Antioquia, República de Colombia, de estado civil Soltera con Unión Libre de Hecho Vigente, identificada con la cédula de ciudadanía número **35.601.964** expedida en Quibdó. ----------

PRIMERO: Quien manifestó la voluntad de declarar bajo la gravedad del juramento y a sabiendas de las implicaciones legales que acarrea jurar en falso, no teniendo ninguna clase de impedimento, y libres de todo apremio. Espontáneamente declaro, Las Cuales presenta bajo la única responsabilidad y ver san sobre los hechos personales. ----------

SEGUNDO: Manifiesto que convivo desde hace más de Dos (2) años, con el señor **MIGUEL ANGEL PALENCIA DIAZ,** colombiano mayor de edad, identificado con la cedula de Ciudadania número 85.320.280 de Ciénaga Magdalena. Declaro que iniciamos nuestra Convivencia el día 23 de Agosto del año 2018 en el Municipio de Arboletes. ----------

TERCERO: La presente declaración se rinde para fines del interesado. ----------

Advertido del contenido de la ley 962, del 2005 artículo 10, Y Decreto Ley 0019 del 12 -01-2.012. Que lo dicho es la verdad Leído y aprobado firma en señal de su testimonio. Derecho notarial $ 13.100 IVA $ 2.489. Se hace esta declaración a solicitud verbal e insistencia del interesado. ----------

Los Declarantes.

SELENNY LADYS CAÑIZALEZ PAZ

LA NOTARIA UNICA (E) DEL CÍRCULO

MARIELA DE LA ROSA ANGULO

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 35.601.964

CAÑIZALES PAZ

APELLIDOS

SELENNY LADYS

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 11-JUN-1975

ZARAGOZA
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.69	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

31-OCT-1994 QUIBDO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

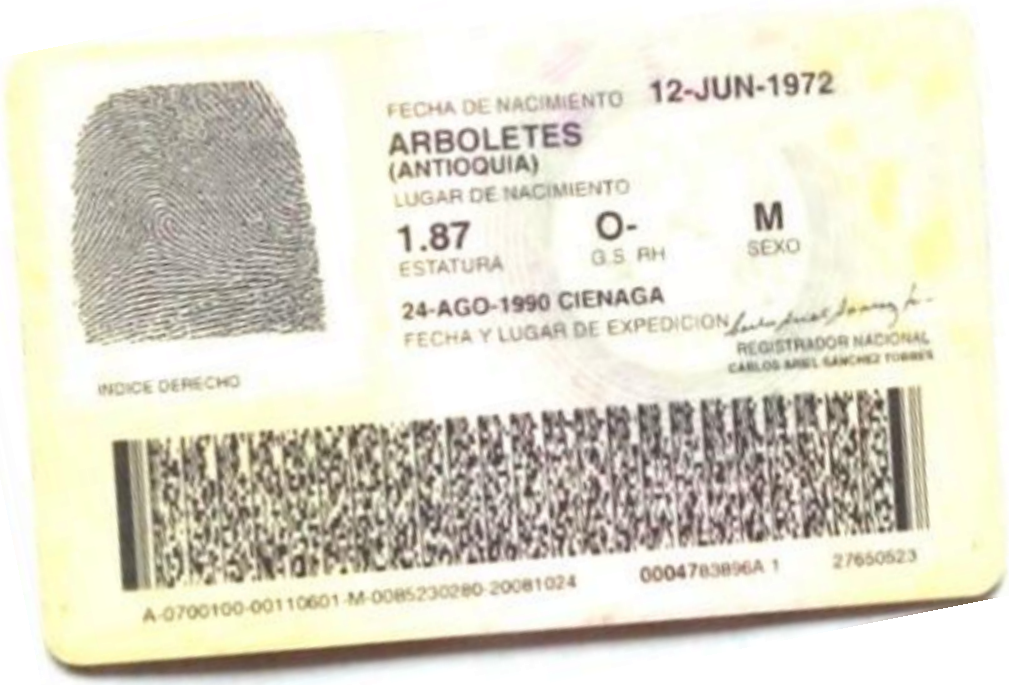
A-01Z3100-00217083-F-0035601964-20100223 0021160165A 1 29379885



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 85.230.280
PALENCIA DIAZ
APELLIDOS
MIGUEL ANGEL
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 12-JUN-1972
ARBOLETES
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.87 ESTATURA
O- G.S. RH
M SEXO
24-AGO-1990 CIENAGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-0700100-00110601-M-0085230280-20081024 0004783896A 1 27650523

ASESORÍAS Y AUDITORÍAS CASTRO
NIT. 59687298-0

CERTIFICA:

Que para efectos de la norma establecida en el numeral 4 del parágrafo 2 del art 387 del Estatuto Tributario modificado por el art 15 de la ley 1607 de 2012, el señor MIGUEL ANGEL PALENCIA DIAZ, identificado con la cedula de ciudadanía 85.230.280 de Ciénaga residente en el municipio de Arboletes, compañero permanente de la señora **SELENNY LADYS CAÑIZALES PAZ** identificada con cedula de ciudadanía 35.601.964 de Quibdó.

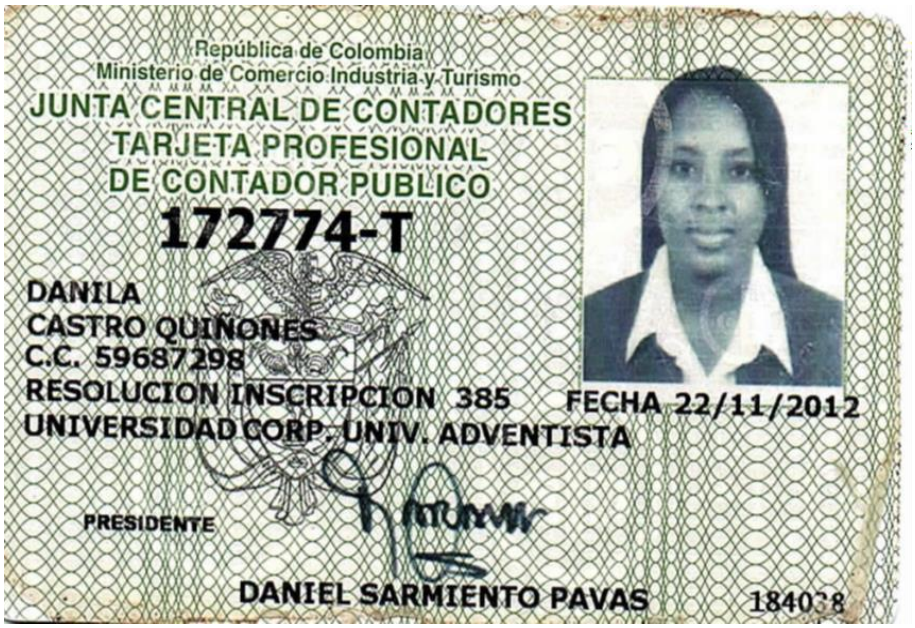
En la actualidad el señor Miguel Ángel Palencia Díaz cumple con los criterios establecidos en la norma para que puedan figurar como dependiente de la señora **SELENNY LADYS CAÑIZALES PAZ.**

La presente certificación se expide para que pueda ser presentada por la señora **Selenny Ladys Cañizales Paz** ante el departamento de nómina del Complejo Tecnológico Agroindustrial, Pecuario y Turístico -**SENA** Apartado.

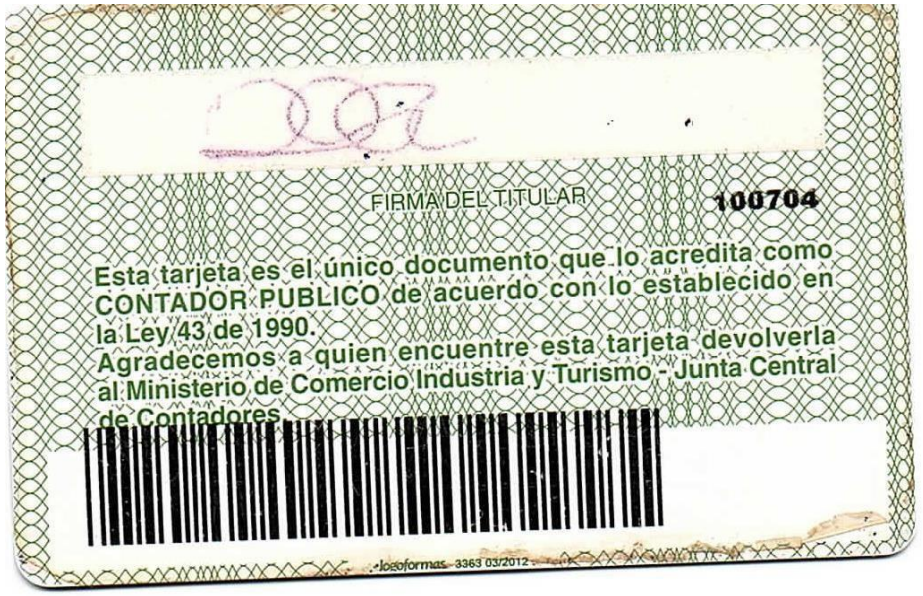
En constancia de lo anterior se firma en Mutatá a los dieciocho (16) días del mes de septiembre de 2020.

DANILA CASTRO QUIÑONES
Contadora Pública.
Tarjeta Profesional 172774-T

Email: asesoriasyauditoriascastro@gmail.com
Celular: 3184723837 – (4)8578070
Dirección: Cra 9 N 7-52



Valido para el certificado de dependiente económico de la señora **Selenny L Cañizales Paz**
VIGENCIA 30 DIAS
16 de Septiembre de 2020



Email: asesoriasyauditoriascastro@gmail.com
Celular: 3184723837 – (4)8578070
Dirección: Cra 9 N 7-52

Email: asesoriasyauditoriascastro@gmail.com
Celular: 3184723837 – (4)8578070
Dirección: Cra 9 N 7-52