

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL CALDAS		Código Regional	17
			Código Centro	911210
			Fecha Elaboración	Octubre de 2020
			Versión	AGOSTO 2020 - 5,20
CENTRO PARA LA FORMACION CAFETERA-CALDAS -SERVICIOS PRESTADOS			ID de Proceso	41028-247097
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista: MARGARITA MARIA VELANDIA POVEDA Correo electrónico contratista: margaritamvp@misena.edu.co		C.C. 30.402.556	IP/N° de contacto 3216358925	
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 7049558516				
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: 1703292/2020		N° Compromiso SIIF 67520		
Valor Total del Contrato \$ 20.214.133	N ° Pago 4	Periodo objeto de pago		Valor Bruto Pago \$ 3.790.150,00
Saldo Anterior del Contrato \$ 11.370.450	Del 01/10/2020	Al 31/10/2020		
Nuevo Saldo del Contrato \$ 7.580.300	Comisiones \$ 0,00			
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios \$ 3.790.150	Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°		0,00%	
Ingresos por comisiones \$ 0	Retención en la Fuente del Periodo		\$ 0	
Ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ 0				
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO \$ 3.790.150	Menos, Rete Fuente Otros Ingresos		\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 2.234.201	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0	
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	Octubre	Septiembre	Valor Base retención en la fuente 2.234.201,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC \$ 1.516.060	45411673	45411673	Valor Base retención en la fuente ICA 3.357.950,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud \$ 189.600	\$ 1.516.060	\$ 1.516.060	Valor base IVA 0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión \$ 242.600	\$ 189.600	\$ 189.600	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional \$ -	\$ 242.600	\$ 242.600	Menos Retención en la Fuente 0,00	0,00%
ARL II \$ 15.900	\$ -	\$ 0	Menos Retención IVA 0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias \$ -	\$ 15.900	\$ 15.900	Reteica - 8299 12.424,00	0,370%
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 \$ -	\$ -	\$ -	0,00	
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 \$ 379.015	\$ -	\$ -	Otras Retenciones 0,00	0,000%
Salud hasta \$ 569.712 \$ -	\$ 379.015	\$ -	Descuentos de Libranza 0,00	
Renta Exenta 25% \$ 8.545.680 \$ 744.734	\$ -	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00	
Retención en la Fuente Contingente \$ -	\$ -	\$ -	VALOR A PAGAR \$ 3.777.726,00	
SON: TRES MILLONES SETECIENTOS SETENTA Y SIETE MIL SETECIENTOS VEINTISEIS PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
FORMACIÓN COMPLEMENTARIA VIRTUAL				
2188176 ENGLISH DOT WORKS 4 (Inglés)INTERACTUAR CON OTROS EN IDIOMA EXTRANJERO SEGÚN ESTIPULACIONES DEL MARCO COMÚN EUROPEO 2188185 ENGLISH DOT WORKS 4 (Inglés)INTERACTUAR CON OTROS EN IDIOMA EXTRANJERO SEGÚN ESTIPULACIONES DEL MARCO COMÚN EUROPEO 2188272 ENGLISH DOT WORKS 1 (Inglés)INTERACTUAR CON OTROS EN IDIOMA EXTRANJERO SEGÚN ESTIPULACIONES DEL MARCO COMÚN EUROPEO 2188285 ENGLISH DOT WORKS 1 (Inglés)INTERACTUAR CON OTROS EN IDIOMA EXTRANJERO SEGÚN ESTIPULACIONES DEL MARCO COMÚN EUROPEO 2217779 ENGLISH DOT WORKS 7 (Inglés)INTERACTUAR CON OTROS EN IDIOMA EXTRANJERO SEGÚN ESTIPULACIONES DEL MARCO COMÚN EUROPEO SEMANA DE LOS IDIOMAS GRUPO PRIMARIO Centro para la Formación Cafetera				
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.			MARGARITA MARIA VELANDIA POVEDA 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.			SANTIAGO TABARES GONZALEZ COORDINADOR ACADÉMICO	
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				
CARLOS ALBERTO OSPINA RIVERA SUBDIRECTOR DE CENTRO (E) G02				

Información básica de la planilla

Empresa: Margarita Maria Velandia Poveda
Tipo Planilla: I
Sucursal o Dependencia: PRINCIPAL
Número de Radicación: 45411673
Fecha de vencimiento: 31/12/2020
Fecha de Pago: 14/10/2020

NIT: 30402556
Periodo liquidación Pensiones: septiembre 2020
Periodo liquidación Salud: septiembre 2020
Total a pagar: \$448,400
Total de empleados: 1
Número de Administradoras: 3

Detalles del pago

Razón social recaudo: Compensar OI
Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Banco: BANCOLOMBIA
Estado de la transacción: Transacción aprobada

Nit recaudo: 9998600669427
Medio de Pago: Pago Electronico por PSE
Número Autorización: 770239078

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-23	860011153	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1		\$0	\$15,900
230301	800224808	Porvenir	1		\$0	\$242,800
EPS010	800088702	EPS Sura	1		\$0	\$189,700
						\$448,400

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



Margarita María Velandia Poveda <margaritamvp@misena.edu.co>

Resultado de una transacción - Multipagos PSE

1 mensaje

notificaciones@bancolombia.com <notificaciones@bancolombia.com>
Para: margaritamvp@misena.edu.co

13 de octubre de 2020, 20:34

Notificación de pago en línea



Has recibido una notificación correspondiente a una transacción realizada a través de pagos PSE de Bancolombia.

Pago realizado por: MARGARITA MARIA VELANDIA POVEDA

Tienda virtual o recaudador: COMPENSAR-OI

Nro. de recibo: 45411673

Descripción del pago: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Identificación del contribuyente: 191.91.201.72

Concepto: CC

Razón Social: 30402556

Fecha y hora de la transacción: Martes 13 de Octubre de 2020 08:32:57 PM

Nro. de comprobante: 0000065516

Valor pagado: \$ 448,400.00

Cuenta: *****8516

Bancolombia S.A.

Ésta es una notificación automática, por favor no responda este mensaje

Comuníquese con nuestra Sucursal Telefónica Bancolombia: Bogotá 343 0000 - Medellín 510 9000 - Cali 554 0505 - Barranquilla 361 8888 - Cartagena 693 4400 - Bucaramanga 697 2525 - Pereira 340

13/10/2020

Correo de Servicio Nacional de Aprendizaje SENA - Resultado de una transacción - Multipagos PSE

1213 - El resto del país 01 800 09 12345 Sucursales Telefónicas en el exterior: España 900 995 717 -
Estados Unidos 1866 379 9714.

Bancolombia nunca le solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico.
En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospchoso@bancolombia.com

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Manizales, octubre de 2020

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIAJE (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.	1054865315	SEBASTIAN OROZCO VELANDIA	HIJO
-------------	-------------------	----------------------------------	-------------

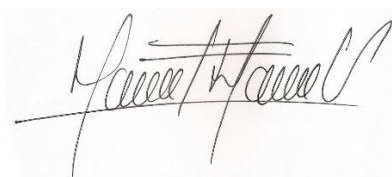
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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: **MARGARITA MARIA VELANDIA POVEDA**

C.C. **30402556**

NUIP 1054865315

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 40921137

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número 02 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código 2002

COLOMBIA - CALDAS - MANIZALES

Datos del inscrito

Primer Apellido OROZCO Segundo Apellido VELANDIA
Nombre(s) SEBASTIAN

Fecha de nacimiento Año 2007 Mes SEP Día 16 Sexo (en letras) MASCULINO Grupo Sanguíneo 0 Factor RH +
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento a/o Inspección)

COLOMBIA - CALDAS - MANIZALES

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos

CERTIFICADO NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo

A 7607385

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

VELANDIA POVEDA MARGARITA MARIA

Documento de identificación (Clase y número)

CC No. 30402556 DE MANIZALES

Nacionalidad

COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

OROZCO ACEVEDO JOSE ANTONIO

Documento de identificación (Clase y número)

CC No. 75102163 DE MANIZALES

Nacionalidad

COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

OROZCO ACEVEDO JOSE ANTONIO

Documento de identificación (Clase y número)

C.C. NRO. 75102163 DE MANIZALES

Firma

Jose Antonio Poveda

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 2007 Mes SEP Día 18

(Nombre y firma del funcionario)

JORGE MANRIQUE ANDRADE

Nombre y firma del funcionario ante el cual se hace el reconocimiento

Reconocimiento paterno

Jose Antonio Poveda

Firma

Nombre y firma del funcionario ante el cual se hace el reconocimiento

JORGE MANRIQUE ANDRADE

Nombre y firma del funcionario ante el cual se hace el reconocimiento

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS TOMO 58 FOLIO 82.

ORIGINAL OFICINA DE REGISTRO

Omh