SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL VALLE
CENTRO DE DISEÑO TECNOLOGICO INDUSTRIAL-VALLE - SERVICIOS PRESTA

Código Regional	**76**
Código Centro	**922910**
Fecha Elaboración	**Noviembre de 2020**
Versión	**AGOSTO 2020 - 5,20**
ID de Proceso	**30485-168249**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: ANGELA MARIA HOYOS LEMOS
Correo electrónico contratista: amhoyos@sena.edu.co
C.C. 38.640.415 **IP/Nº de contacto** 3188521019

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** 75262742687

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: 1322552/2020 **Nº Compromiso SIIF** **4120**

Valor Total del Contrato	$ 30.401.150	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 4.132.195	**10**	**Del**	**01/11/2020**	**Al**	**30/11/2020**	**$ 2.951.568,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 1.180.627		Comisiones			$ 120.043,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.951.568		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 120.043		Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 3.071.611**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.820.888**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Noviembre	Octubre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**9411907903**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.180.627	$ 1.180.627
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 147.600	$ 147.600
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 189.000	$ 189.000
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL V	$ -	$ 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	$ 307.161	
Salud hasta $ 569.712	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 606.963	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	1.820.888,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	2.735.011,00	
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	0,00	0,000%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Pro-UCEVA	15.358,00	0,500%
Universidad del Pacífico	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	**$ 2.936.210,00**	

SON: DOS MILLONES NOVECIENTOS TREINTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS DIEZ PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

impartir formación procesos de trazo y corte en Patronaje de prendas de vestir
Seguimiento etapa productiva en trazo y corte en material textil 1967522
seguimiento etapa productiva en trazo y corte en material textil 2016680
seguimiento etapa productiva en trazo y corte en confección industrial 1836339
Impartir formación en operario manejo de maquinas de confección para jean

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.

ANGELA MARIA HOYOS LEMOS
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,

MARLLY ALEXANDRA ARANGO GRANADA
COORDINADORA ACADÉMICA

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

ALEX AMED VALENCIA ROJAS
SUBDIRECTOR CDTI

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 38640415		HOYOS LEMOS ANGELA MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 16 # 23 - 05	CALI-VALLE	4848600	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-10	2020-10	802017305	9411907903	I	2020/11/06	2020/11/17	BANCOLOMBIA	11	$336,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,180,627	$189,000			$1,180,627	$147,600			$0	$0			$0	$0		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,180,627	$189,000			$1,180,627	$147,600			$0	$0			$0	$0		$0	$0
Ciudad: CALI Depto: VALLE (1 Afiliados)					$1,180,627	$189,000			$1,180,627	$147,600			$0	$0			$0	$0		$0	$0
1	CC	38640415	HOYOS ANGELA	25-14	30	$1,180,627	$189,000	EPS005	30	$1,180,627	$147,600		0	$0	$0		0	$0	$0	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,180,627	$189,000			$1,180,627	$147,600			$0	$0			$0	$0		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 38640415		HOYOS LEMOS ANGELA MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 16 # 23 - 05	CALI-VALLE	4848600	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-10	2020-10	802017305	9411907903	I	2020/11/06	2020/11/17	BANCOLOMBIA	11	$336,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$189,000	$0	$0	$189,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$189,000	$0	$0	$189,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$147,600	$0	$0	$147,600
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$147,600	$0	$0	$147,600
TOTAL				**1**	**$336,600**	**$0**	**$0**	**$336,600**

aplicaciones.adres.gov.co/bdua_internet/Pages/RespuestaConsulta.aspx?tokenId=z+FdYQmkl4qLpNJD0jWkOA==

ADRES
ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA
GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

La salud es de todos Minsalud

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NUMERO DE IDENTIFICACION	38640415
NOMBRES	ANGELA MARIA
APELLIDOS	HOYOS LEMOS
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	VALLE
MUNICIPIO	SANTIAGO DE CALI

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.	CONTRIBUTIVO	20/01/2011	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión: | 11/17/2020 18:09:32 | **Estación de origen:** | 181.50.102.187

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, Noviembre 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.	**29531690**	**MARIA ASCENETH LEMOS DE HOYOS**	**MADRE**

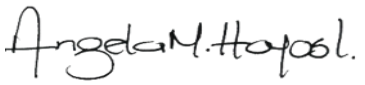
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Padre o hermano que se encuentra en situación de dependencia, por ingresos en el año menores a 260 UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.

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: ANGELA MARIA HOYOS LEMOS

C.C 38.640.415 DE CALI

Santiago de Cali, 19 de mayo de 2020

Servicio Nacional de Aprendizaje
Sena CDTI
La ciudad

Yo, **FREDDY ANTONIO VELASCO ROJAS** identificado con cedula de ciudadanía No.16.605.656 de Cali, Contador Público con Tarjeta Profesional N. 13833-T emitida por la Junta Central de Contadores y sin antecedentes disciplinarios.

C E R T I F I C O

Que la señora **MARIA ACENETH LEMOS DE HOYOS** identificada con cedula de ciudadanía No. 29.531.690 de Ginebra Valle, con domicilio en la calle 16 # 23-05 Barrio Aranjuez, depende económicamente de su hija **ANGELA MARIA HOYOS** con cedula de ciudadanía No. 38.640.415 de Cali, porque sus ingresos en el año son menores a 260 UVT.

Para constancia se firma en la ciudad de Cali a los 19 días del mes de mayo del año 2020.



FREDDY A. VELASCO ROJAS
c.c. 16.605.656
Contador Público Titulado
T.P. 13833-T
Celular 3113971156



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 29.531.690

LEMOS DE HOYOS
APELLIDOS

MARIA ASCENETH
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 27-NOV-1944
LA VICTORIA
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

05-SEP-1969 GINEBRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

A-3100102-43156005-F-0029531690-20070119 00378 07019B 02 224082213



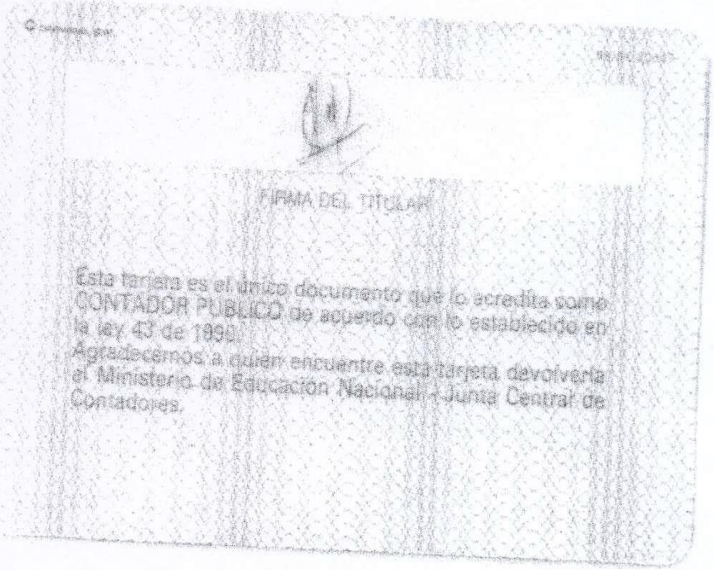
República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional
JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO

13833-T

FREDDY ANTONIO
VELASCO ROJAS
C.C. 16.605.656
RESOLUCION INSCRIPCION 2420-T FECHA 14-XI-85
UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI

Presidente

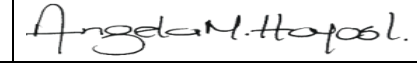
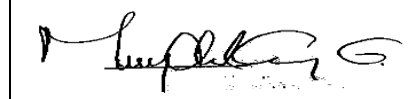
00021261



FIRMA DEL TITULAR

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la ley 43 de 1990.
Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla al Ministerio de Educación Nacional - Junta Central de Contadores.

FORMATO INFORME LEGALIZACION DESPLAZAMIENTO - CONTRATISTA

CIUDAD Y FECHA SANTIAGO DE CALI 18/11/2020		
PRESENTADO A: Álex Amed Valencia Rojas, Subdirector Centro de Diseño Tecnológico Industrial – CDTI, Sena Regional Valle		
ORDEN DE VIAJE No: 217	**FECHA DE INICIO:**	**FECHA DE FINALIZACION:**
	18/11/2020	18/11/2020
LUGAR A DONDE REALIZÓ EL DESPLAZAMIENTO YUMBO	**REGIONAL / CENTRO DE FORMACION**	**OTRA: (ciudad)**
	VALLE	Yumbo
OBJETIVO DEL DESPLAZAMIENTO: Planeación y Seguimiento etapa productiva		
ACTIVIDADES DESARROLLADAS:		
Planeación y seguimiento de aprendices en etapa practica		
Visita en la empresa Stf group		
RESULTADOS:		
Formato de planeación y seguimiento a aprendices en etapa productiva		
EVIDENCIAS O SOPORTES: **Enuncie los archivos que soportan estos resultados y anexe lo correspondiente en este Informe**		
1. Formatos de evaluación generados de las visitas realizadas		
COMPROMISOS		
ACTIVIDAD	**RESPONSABLE**	**FECHA**
CONCLUSIÓNES: **1. Se cumplió el objeto del desplazamiento**		
DATOS DEL CONTRATISTA		
NOMBRE Y APELLIDO		**FIRMA**
Angela María Hoyos Lemos		
VISTO BUENO SUPERVISOR		
CARGO DEL SUPERVISOR	**NOMBRE Y APELLIDO SUPERVISOR**	**FIRMA**
Coordinadora académica	.Marlly Alexandra Arango Granada	

No: 217

ORDEN DE VIAJE CONTRATISTA

(FORMATO ACTUALIZADO SEPTIEMBRE 29 DE 2020)

Atentamente solicito el tramite presupuestal y pago del anticipo para el desplazamiento del contratista:

Nombre	ANGELA MARIA HOYOS		**c.c No.**	38.604.415	**de**	CALI	
Contrato No.	1322552	**de**	1 DE FEBRERO 2020				
Valor Honorarios mensual	2.951.568		**Valor 100%**	2.951.568	4		
Régimen del IVA:	SIMPLIFICADO						
Salida estimada	18/11/2020	**Llegada estimada**		18/11/2020	**dias**	0,5	
Destino ciudad	YUMBO	C					
Manutencion Diaria	157.133						
Pasaje Aereo		**Pasaje Terrestre**		**Ruta**	CALI-YUMBO-CALI		
OBJETIVOS:							

Planeaciòn y seguimiento etapa productiva, cumpliendo con los protocolos de Bioseguridad.

Valores a reconocer:

Gastos de manutención	78.567
Gtos transporte por comision	35.476
Otros gastos	6.000
Valor neto a reconocer	120.043

REGISTRO PRESUPUESTAL No:

FECHA: FIRMA:

SON: Ciento Veinte mil Cuarenta y Tres pesos m/cte.

CUENTA No. 75262742687 TIPO AHORRO BANCO BANCOLOMBIA

AUTORIZO PARA QUE DEL SALDO DEL CONTRATO SE DESCUENTE EL VALOR RECONOCIDO SI EN CINCO DIAS NO LO HE LEGALIZADO O EFECTUADO EL REINTEGRO.

RECIBI DE CONFORME -

COMISIONADO: Angela M. Hoyos L.

C.C. 38640415 de Santiago de Cali

No. CDP 8520 **de**

Observaciones

SEGÚN RESOLUCIÓNES Nos. 092 DE 2015 y 2384 DE 2017 - CIRCULAR 01-3-2020-000173 DE 23/09/2020

CENTRO DE DISEÑO TECNOLOGICO INDUSTRIA
Dependencia

ÁLEX AMED VALENCIA ROJAS
Firma Solicitante - Ordenador del Gasto

LEGALIZACION ORDEN DE VIAJE CONTRATISTA

	Valores a legalizar	SALDO
Gastos de manutención		
Gtos transporte por comision		
Otros gastos		
Valor neto a legalizar	-	-

SALDO A FAVOR

VALOR A REINTEGRAR

EL SOLICITANTE CERTIFICA QUE EL COMISIONADO AUTORIZADO EN ESTA COMISION U ORDEN DE SERVICIOS CUMPLIO A SATISFACCION CON LOS OBJETIVOS PREVISTOS.

Solicitante - Ordenador del Gasto