

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL DISTRITO CAPITAL CENTRO DE GESTION ADMINISTRATIVA-BTA D C - SERVICIOS PRESTADOS A L		Código Regional	11
			Código Centro	940410
			Fecha Elaboración	Noviembre de 2020
			Versión	AGOSTO 2020 - 5.20
			ID de Proceso	75330-070200
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista: LUZ MAGALY BALLEEN SANCHEZ Correo electrónico contratista: lmballen202982@misena.edu.co		C.C. 38.289.202	IP/N° de contacto 0	
Régimen del IVA: ☐ NO RESPONSABLE		Pertenece al régimen simple de tributación? ☐ NO		
Sus ingresos en el 2019 Superaron \$47.978.000 ☐ NO		Inducción SST ☐ SI		
Banco al cual consignar: DAVIVIENDA		Tipo de cta AHORROS		
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: 1336970/2020		N° Compromiso SIIF 15120		
Valor Total del Contrato \$ 39.670.236	N° Pago 10	Periodo objeto de pago		Valor Bruto Pago \$ 3.790.150,00
Saldo Anterior del Contrato \$ 5.811.563	Del 01/11/2020	Al 30/11/2020		
Nuevo Saldo del Contrato \$ 2.021.413	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	Menos, Rete Fuente Otros Ingresos		\$ 0	
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO \$ 3.790.150	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 2.234.201				
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	Noviembre	Octubre	Valor Base retención en la fuente 2.234.201,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC \$ 1.516.060	46518702	46518702	Valor Base retención en la fuente ICA 3.357.950,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud \$ 189.600	\$ 189.600	\$ 189.600	Valor base IVA 0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión \$ 242.600	\$ 242.600	\$ 242.600	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 \$ 8.000	\$ 8.000	\$ 8.000	Menos Retención IVA 0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias \$ -	\$ -	\$ -	Reteica - 8299 32.438,00	0,966%
Aportes voluntarios a cuentas AFC \$ -	\$ -	\$ -	Otras Retenciones 0,00	0,000%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.128.000 \$ -	\$ -	\$ -	Otras Retenciones 0,00	0,000%
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	\$ 379.015	\$ -	Descuentos de Libranza 0,00	
Salud hasta \$ 569.712	\$ -	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00	
Renta Exenta 25% \$ 8.545.680	\$ 744.734	\$ -	VALOR A PAGAR \$ 3.757.712,00	
Retención en la Fuente Contingente \$ -	\$ -	\$ -		
SON: TRES MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL SETECIENTOS DOCE PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Orientar Formación Profesional Integral a los aprendices según programación de fichas Acompañamiento a los aprendices en el desarrollo de procesos formativos y/o productivos. Actualizar contenidos y tecnologías en las diversas competencias del programa de formación. Elaboración y entrega de formatos y documentos requeridos en el proceso académico administrativo.				
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 MAGALY BALLEEN SANCHEZ 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,	
			ROBERTO MARTINEZ CASTRO INSTRUCTOR	
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				
WAINE ANTONY TRIANA ALBIS SUBDIRECTOR DE CENTRO G02				

Identificación	38289202	Sucursal	PRINCIPAL	Teléfono	9087564
Razón Social	Luz Magaly Ballen Sanchez	Dirección	Carrera 12 # 144 - 48 apto 707 barrio cedritos	Fecha Pago	06/11/2020
Clase de Aportante	I - Independiente	Ciudad	BOGOTÁ, D.C.	Periodo Salud	Octubre-20
Banco	BANCO DAVIVIENDA	No. Planilla	46518702	Periodo Pensión	Octubre-20
Total a Pagar	\$440,200	Total Intereses Mora	\$0	Estado	Pagada
Número Días en Mora	0				

PENSIÓN

Código	Nombre	Nit	Afiliados	Sumatoria IBC	Cotización	Voluntaria Afiliado	Voluntaria Empleador	Fondo Solidaridad	Fondo Subsistencia	Interés Mora	Total antes Mora	Total a Pagar
230301	Porvenir	800224808	1	\$1,516,060	\$242,600	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0		\$242,600
Totales				\$1,516,060	\$242,600	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0		\$242,600

SALUD

Código	Nombre	Nit	Afiliados	Sumatoria IBC	Cotización	UPC	Interés Mora	Autorización Incapacidades	Valor Incapacidades	Autorización Licencias	Valor Licencias	Saldo a Favor	Total antes Mora	Total a Pagar
EPS005	Sanitas EPS	800251440	1	\$1,516,060	\$189,600	\$0	\$0		\$0		\$0		189600	\$189,600
Totales				\$1,516,060	\$189,600	\$0	\$0		\$0		\$0		\$189,600	\$189,600

INFORMACIÓN ARP

Código	Nombre	Nit	Afiliados	Sumatoria IBC	Cotización	Interés Mora	Valor Total Incapacidades	Saldo a Favor	Valor Pagado Otros Riesgos	Total antes Mora	Total a Pagar
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	860011153	1	\$1,516,060	\$8,000	\$0				8000	\$8,000

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Bogotá, 19 de 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 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:

C.C.	28.782.809	LUZ MARINA SÁNCHEZ	MAMÁ

A continuación indico la calidad de los dependientes que estoy solicitando y anexo los documentos correspondientes para acreditar esta condición:

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

Es mi padre, madre o padres y/o hermano quien se encuentra en situación de dependencia por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT (\$9.258.000) año 2020, para lo cual apporto, además del registro de civil de nacimiento, la certificación del contador público sobre sus ingresos. Si la dependencia está originada en factores físicos o psicológicos, acredito además el dictamen médico correspondiente emitido 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: LUZ MAGALY BALLÉN SÁNCHEZ
C.C. 38.289.202

ABRIL 04	MAYO 05	JUNIO 06	JULIO 07	AGOSTO 08
SEPT. 09	OCTUBRE 10	NOV. 11	DIC. 12	

REPUBLICA DE COLOMBIA
REGISTRO CIVIL

Superintendencia de Notariado y Registro

REGISTRO DE NACIMIENTO

5661030

IDENTIFICACION No.

1 Parte básica	2 Parte compl.
80 12 18	078 11

3 Clase (Notaría, Alcaldía, Corregiduría, etc.) NOTARIA UNICA.-	4 Municipio y Departamento, Intendencia o Comisaría Honda.-	5 Código 6140
---	---	-------------------------

SECCION GENERAL

6 Primer apellido BALLEN.-	7 Segundo apellido SANCHEZ.-	8 Nombres LUZ MAGALY.-
9 Masculino o Femenino femenino.-	10 ☐ Masculino ☒ Femenino	11 Día 18
12 Mes Diciembre	13 Año 1.980	
14 País Colombia.-	15 Departamento, Int., o Com. Tolima.-	16 Municipio Honda.-

SECCION ESPECIFICA

17 Lugar de nacimiento HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE HONDA.-	18 Hora 9 A.M
19 Documento presentado. Antecedente (Cert. médico, Acta de parto, etc.) Certificado Médico.-	20 Nombre del profesional que certificó el nacimiento LUZ MARINA.-
21 No. licencia	22 Edad (años) 25
23 Apellido (de soltera) SANCHEZ.-	24 Nombres LUZ MARINA.-
25 Identificación (clase y número) c.c. # 28.782.809 de Honda.-	26 Nacionalidad Colombiana
27 Profesión u oficio Hogar.-	28 Apellidos BALLEN BERNAL.-
29 Nombres MIGUEL ANTONIO.-	30 Edad (años) 35
31 Identificación (clase y número) c.c. # 19.990.955 de Bogotá.-	32 Nacionalidad Colombiano
33 Profesión u oficio Empleado	

34 Identificación (clase y número) c.c. # 19.090.955 de Bogotá.-	35 Firma (autógrafa) MIGUEL ANTONIO BALLEN BERNAL
36 Dirección postal Calle 6a. # 22-82 Honda.-	37 Nombre MIGUEL ANTONIO BALLEN BERNAL
38 Identificación (clase y número)	39 Firma (autógrafa)
40 Domicilio (Municipio)	41 Nombre
42 Identificación (clase y número)	42 Firma (autógrafa)
43 Domicilio (Municipio)	43 Nombre
44 Domicilio (Municipio)	44 Nombre
45 Fecha en que se sienta este registro 2 Enero.- 1.981	46 Fecha en que se sienta este registro

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL



REPUBLICA DE COLOMBIA
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
HONDA - TOLIMA

Es fiel copia tomada de su original que reposa en los archivos de esta oficina Data: 12/09/97

VALIDO PARA MATRIMONIO SIN NOTA MARGINAL.

09 ENE 2009

MANUEL JOSE BAQUERO JARAMILLO
REGISTRADOR MUNICIPAL DEL ESTADO CIVIL
Sin Sello Oct. 21/09/97

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **28.782.809**

SANCHEZ

APELLIDOS

LUZ MARINA

NOMBRES

Luz Marina Sanchez

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **08-JUN-1955**

HONDA
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.57

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

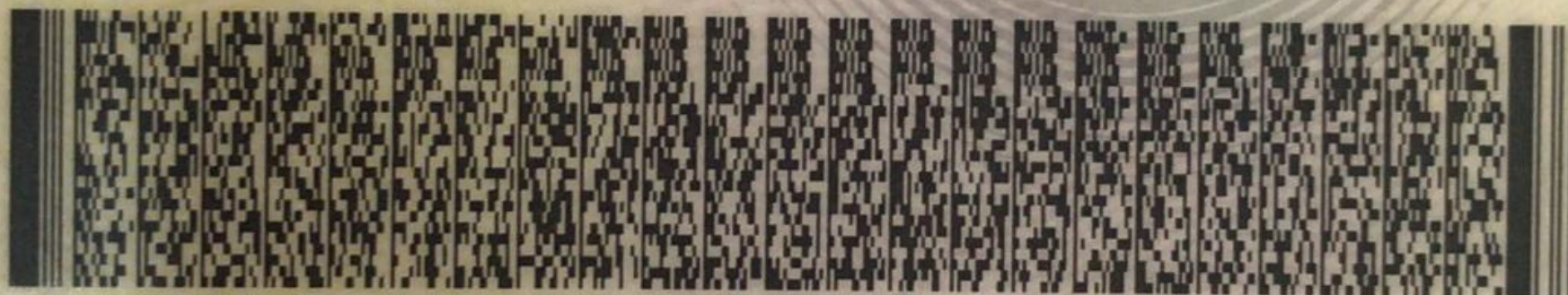
SEXO

17-ENE-1976 HONDA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-2906400-00110863-F-0028782809-20081024

0004796420A 1

6550000122

REGISTRO NACIONAL DEL ESTADO CIVIL