

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL SANTANDER CENTRO AGROTURISTICO - SANTANDER - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORM		Código Regional	68
			Código Centro	954110
			Fecha Elaboración	Diciembre de 2020
			Versión	AGOSTO 2020 - 5,20
		ID de Proceso	64738-639853	
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista:		LINA MARITZA LEON RANGEL lleonr@sena.edu.co		C.C.
Correo electrónico contratista:				IP/N° de contacto
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
		NO		Presta Servicios Excluidos de IVA ?
		NO		
Banco al cual consignar:		DAVIVIENDA		Tipo de cta
				N° Cuenta
				047900070112
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:	1360711/2020	N° Compromiso SIIF	20120	
Valor Total del Contrato	\$ 27.051.200	N° Pago	11	
Saldo Anterior del Contrato	\$ 2.065.728	Periodo objeto de pago	Del 01/12/2020 Al 16/12/2020	
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 0	Comisiones	\$ 0,00	
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios	\$ 2.065.728	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	\$ 2.828.080	Menos, Rete Fuente Otros Ingresos	\$ 0	
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 4.893.808	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 2.873.720			
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	Diciembre	Noviembre	Valor Base retención en la fuente	2.873.720,00
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 877.803	\$ 1.131.232	Valor Base retención en la fuente ICA	1.815.428,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 109.800	\$ 141.500	Valor base IVA	0,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 140.500	\$ 181.000	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	\$ 9.200	\$ 11.900	Menos Retención IVA	0,00 15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -	\$ -	Reteica - 8299	0,00 0,600%
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	\$ 181.000	\$ -	Otras Retenciones	0,00 0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 141.500	\$ -	Otras Retenciones	0,00 0,000%
Aportes A.R.L. de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 11.900	\$ -	Otras Retenciones	0,00 0,000%
Dependientes hasta \$ 1.139.424	\$ 489.381	\$ -	Descuentos de Libranza	0,00
Salud hasta \$ 569.712	\$ -	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00
Renta Exenta 25% \$ 8.545.680	\$ 957.907	\$ -	VALOR A PAGAR	\$ 2.065.728,00
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	\$ -		
SON: DOS MILLONES SESENTA Y CINCO MIL SETECIENTOS VEINTIOCHO PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ficha 2240862 Programa complementario Cosmetología y estética integral Competencia; mantener la zona de trabajo y el equipamiento en condiciones bioseguras según la normativa legal vigente en centros de be HORAS EJECUTADAS 24 FICHA2240863 PROGRAMA complementario COSMETOLOGIA Y ESTETICA INTEGRAL Competencia; mantener la zona de trabajo y el equipamiento en condiciones bioseguras según la normativa legal vigente en centros de be HORAS EJECUTADAS 48 DISEÑO CURRICULAR HORAS EJECUTADAS 12 TOTAL HORAS 84 PLANILLA 9413609218				
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.			LINA MARITZA LEON RANGEL 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.			JOHON FREDY SANABRIA MUNOZ 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				
NELLY QUIROGA SARMIENTO SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)				

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52172267		LEON RANGEL LINA MARITZA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 22 No 4-03 CARACOLIES	SAN GIL-SANTANDER	7248113	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2020-11	2020-11	819264421		9413609218	I	2020/12/16	2020/12/02	BANCO DAVIVIENDA	\$334,400

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
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,131,232	\$181,000			\$1,131,232	\$141,500			\$0	\$0			\$1,131,232	\$11,900	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,131,232	\$181,000			\$1,131,232	\$141,500			\$0	\$0			\$1,131,232	\$11,900	\$0
Ciudad: SAN GIL Depto: SANTANDER (1 Afiliados)					\$1,131,232	\$181,000			\$1,131,232	\$141,500			\$0	\$0			\$1,131,232	\$11,900	\$0
1	CC 52172267	LEON LINA	25-14	30	\$1,131,232	\$181,000	EPS005	30	\$1,131,232	\$141,500		0	\$0	\$0	14-23	30	\$1,131,232	\$11,900	0
Total Afiliados(1)					\$1,131,232	\$181,000			\$1,131,232	\$141,500			\$0	\$0			\$1,131,232	\$11,900	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52172267		LEON RANGEL LINA MARITZA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 22 No 4-03 CARACOLIES	SAN GIL-SANTANDER	7248113	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2020-11	2020-11	819264421		9413609218	I	2020/12/16	2020/12/02	BANCO DAVIVIENDA	\$334,400

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$181,000	\$0	\$0	\$181,000	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$181,000	\$0	\$0	\$181,000	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$11,900	\$0	\$0	\$11,900	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$11,900	\$0	\$0	\$11,900	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$141,500	\$0	\$0	\$141,500	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$141,500	\$0	\$0	\$141,500	
TOTAL				1	\$334,400	\$0	\$0	\$334,400	

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

San Gil, 31 de diciembre de 2020

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIAJE (SENA)

San Gil

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.	1141330108	Alan Matias León León	HIJO
T.I.	1141321181	Kelly Yuliana León León	hijo
T.I.	1001051434	Dilan Steven Ospina León	hijo

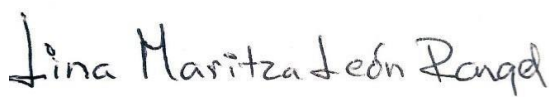
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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: LINA MARITZA LEON RANGEL

C.C. 52172267

NUIP	AXA0308064	REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO	Indicativo Serial	38520654
Datos de la oficina de registro - Clase de oficina				
Registraduría ☒	Notaría ☐	Número ☐	Consulado ☐	Corregimiento ☐
País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía			Inspección de Policía ☐	Códigos A X A
REGISTRADURIA DE CIUDAD KENNEDY BOGOTA DC COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOT				
Datos del inscrito				
Primer Apellido		Segundo Apellido		
OSPINA*****		LEON*****		
Nombre(s)				
DILAN STEVEN*****				
Fecha de nacimiento		Sexo (en letras)		Grupo sanguíneo
Año	2003	Mes	MAY	Día
				14
MASCULINO*****		A*****		
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección)				
COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA DC*****				
Tipo de documento antecedente o Declaración de testigo				
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO*****			Número de certificado de nacido vivo	
			A4595681*****	
Datos de la madre				
Apellidos y nombres completos				
LEON RANGEL LINA MARITZA*****				
Documento de identificación (Clase y número)				
CEDULA DE CIUDADANIA C052172267*****				
Nacionalidad				
COLOMBIA*****				
Datos del padre				
Apellidos y nombres completos				
OSPINA RANGEL WILLIAM STIVE*****				
Documento de identificación (Clase y número)				
CEDULA DE CIUDADANIA 0080152675*****				
Nacionalidad				
COLOMBIA*****				
Datos del declarante				
Apellidos y nombres completos				
OSPINA RANGEL WILLIAM STIVE*****				
Documento de identificación (Clase y número)				
CEDULA DE CIUDADANIA 0080152675*****				
Firma				
Firma				
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 inscribió		
Año	2003	Mes	JUL	Día
				15
		FILADELFO VANEGAS BARRERA*****		
		Firma		
		Firma		
Reconocimiento paterno		Nombre y firma del funcionario ante quien se hizo el reconocimiento		
Firma		Firma		
Firma		Firma		
ESPACIO PARA NOTAS				
LIBRO DE VARIOS TOMO 110 FOLIO 108				

- ORIGINAL PASA LA OFICINA DE REGISTRO -

FOTOCOPIA AUTENTICA DEL ORIGINAL Art. 115 Dcto. 1260 - 70 Y Art. 1º Dcto. 278-72

PARA ACREDITAR PARENTESCO
EXPEDIDA EN BOGOTA D.C. a los 22 JUL 2004

Maria Eugenia Vanegas Camacho
MARIA EUGENIA VANEGAS CAMACHO
Registrador Auxiliar del Estado Civil
Ciudad Kennedy Loc. 08

REGISTRADURIA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

NUIP 1141330108

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial 50259730

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número 08 Corralito ☐ Corralito ☐ Inspección de Policía ☐ Código D T Z

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ

Datos del inscrito

LEON Primer Apellido LEON Segundo Apellido

ALAN MATIAS Nombre(s)

Fecha de nacimiento Año 2010 Mes SEP Día 10 Sexo (en letra) Masculino Grupo sanguíneo A Factor RH Positivo

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C.

Viga de documento antecedente o Declaración de testigo

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

Número certificado de estado civil
10404580-9

Datos de la madre

LEON RANGEL LINA MARITZA Apellidos y nombres completos

CEDULA DE CIUDADANIA NRO. 52.172.267 Documento de Identificación (Clase y número) COLOMBIANA Nacionalidad

Datos del padre

LEON ORTEGA LUIS EDUARDO Apellidos y nombres completos

CEDULA DE CIUDADANIA NRO. 1.100.955.019 Documento de Identificación (Clase y número) COLOMBIANO Nacionalidad

Datos del declarante

LEON ORTEGA LUIS EDUARDO Apellidos y nombres completos

CEDULA DE CIUDADANIA NRO. 1.100.955.019 Documento de Identificación (Clase y número)

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)

Fecha de inscripción Año 2010 Mes OCT Día 08

Nombre y firma del funcionario que autoriza
JUAN MANUEL CASTAÑEDA MARTINEZ
NOTARIO DE BOGOTÁ D.C.

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Firma

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

ES FIEL COPIA TOMADA DE SU ORIGINAL, EL CUAL REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA NOTARIA, SE EXPIDE EN BOGOTÁ D.C., PARA DEMOSTRAR PARENTESCO, HOY 08 OCT. 2010, CON VALIDEZ PERMANENTE

EL NOTARIO

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO - REGISTRAR

NOTA 68
RECEIVED
REGISTRO CIVIL
Cundinamarca - Bogotá D.C.

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

NUIP **1141321181**

**REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO**

Indicativo Serial **41626614**

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número **68** Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código **D T Z**
País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía

COLOMBIA-CUNDINAMARCA-BOGOTÁ D.C.

Datos del inscrito

Primer Apellido **LEON** Segundo Apellido **LEON**
Nombre(s) **KELLY YULIANA**

Fecha de nacimiento Año **2008** Mes **JUL** Día **07** Sexo (en letras) **FEMENINO** Grupo Sanguíneo **A** Factor RH **POSITIVO**
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección)

COLOMBIA-CUNDINAMARCA-BOGOTÁ D.C.

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos **CERTIFICADO DE NACIDO VIVO** Número certificado de nacido vivo **51078399-8**

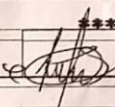
Datos de la madre

Apellidos y nombres completos **LEON RANGEL LINA MARITZA**
Documento de identificación (Clase y número) **CEDULA DE CIUDADANÍA 52.172.267** Nacionalidad **COLOMBIANA**

Datos del padre

Apellidos y nombres completos **LEON ORTEGA LUIS EDUARDO**
Documento de identificación (Clase y número) **CEDULA DE CIUDADANÍA 1.100.955.019** Nacionalidad **COLOMBIANA**

Datos del declarante

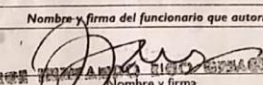
Apellidos y nombres completos **LEON ORTEGA LUIS EDUARDO**
Documento de identificación (Clase y número) **CEDULA DE CIUDADANÍA 1.100.955.019** Firma 

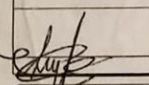
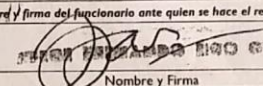
Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos
Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos
Firma

Fecha de inscripción Año **2008** Mes **AGO** Día **04** Nombre y firma del funcionario que autoriza 

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

ESPACIO PARA NOTAS

ALEX SIERRA
L.V. 21 F. 104.

ES FIEL COPIA TOMADA DE SU ORIGINAL, EL CUAL REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA NOTARIA, SE EXPIDE EN BOGOTÁ D.C., PARA DEMOSTRAR PARENTESCO, HOY **29 ENE 2015** CON VALIDEZ PERMANENTE

EL NOTARIO

— ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO —

INSTRUCCIONES PARA OBTENER LIQUIDACIÓN		
1. Procesos a realizar para el Grupo Almacén e Inventarios.		
GRUPO ALMACENES E INVENTARIOS	ENTREGO	
	SI	NO
Equipos de cómputo con sus accesorios (impresora y escáner)	X	
Equipos de comunicación (fijos y móviles)	X	
Mobiliario (sillas, escritorio, archivadores, locker, descansa pies, base para computador, tableros, entre otros)	X	
Útiles y accesorios de escritorio (cosedora, perforadora, USB devolutivo)	X	
Equipos de video conferencia: Video beam, televisores o monitores (con sus accesorios)	X	
Demás elementos que le hayan sido entregados para el desempeño de sus funciones	X	
Apertura cuentas de responsabilidad por faltantes		X
Cuenta de Responsabilidad Numero : Fecha:		
<div>Ceja Iván Ramírez Gómez</div>		
2. Procedimiento Oficina de Sistemas El supervisor del contrato debe registrar el requerimiento en la Mesa de Servicios y relacionar el número del caso en la casilla de la Oficina de Sistemas. (Puede relacionar en un requerimiento a varios cuenta dantes, lo importante es especificar el nombre y la cedula de cada uno de los que finalizan el contrato). Para los responsables en los centros de formación se sugiere que lo firme el encargado de sistemas en representación del grupo el procedimiento seria similar.		