SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL TOLIMA
CENTRO AGROPECUARIO LA GRANJA-TOLIMA - SERVICIOS PRESTADOS A LA

Código Regional	**73**
Código Centro	**912310**
Fecha Elaboración	**Diciembre de 2020**
Versión	**AGOSTO 2020 - 5,20**
ID de Proceso	**22692-276735**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	MYRIAM LAMPREA OCAMPO	**C.C.**	65.715.058	**IP/Nº de contacto**	3112941445
Correo electrónico contratista:	mlampreao@sena.edu.co				

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** 44614241702

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: 1365109/2020 **Nº Compromiso SIIF** **23420**

Valor Total del Contrato	$ 34.615.056	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 3.656.520	**11**	**Del**	**01/12/2020**	**Al**	**30/12/2020**	**$ 3.656.520,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 0		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.656.520	Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°		4,09%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo		$ 176.346
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 3.656.520			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 7.313.040**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 4.310.802**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**		**$ 176.346**

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

	Diciembre	Noviembre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**9413314260**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.462.608	$ 1.462.608
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 182.900	$ 182.900
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 234.100	$ 234.100
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 7.700	$ 7.700
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	$ 234.100	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 182.900	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 7.700	
Dependientes hasta $ 1.139.424	$ 731.304	
Salud hasta $ 569.712	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 1.436.934	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	4.310.802,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.239.520,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	176.346,00	4,09%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299	22.677,00	0,700%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
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	**$ 3.457.497,00**	

SON: TRES MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y SIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Para el mes de Diciembre de 2020, impartí formación virtual complementaria a través de la plataforma Territorium, esta formación se desarrolló de la siguiente manera:
Durante la fase de ejecución: Dentro de la plataforma Territorium se impartió formación en los cursos asignados con ficha ID:2246704 – 2246705 - 2246706 (Administraciòn y Control de Inventarios)Se respondieron las publicaciones de los aprendices en foros Sociales, de dudas y temáticos.Se evaluaron pruebas, actividades interactivas y retroalimentaron las actividades enviadas por los aprendices. Se publicaron anuncios y se enviaron mensajes informativos del curso durante las semanas de formación.Se programaron y realizaron sesiones sincrónicas de atención a los aprendices a través de la herramienta Meet Google, se enviaron diferentes correos informando informando las novedades en el transcurso del curso y de motivación para la participación del mismo actividad relacionada con esta obligación contractual, se realizó el proceso de cierre, asignando los juicios evaluativos en la plataforma SENA SofiaPlus.

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.

MYRIAM LAMPREA OCAMPO
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,

OSCAR ROLANDO CASTRO GUERRA
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

JAIRO ENRIQUE ROBAYO MORENO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

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 65715058		LAMPREA OCAMPO MYRIAM	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cl 4 7-29 brr san antonio	LIBANO-TOLIMA	2565032	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-11	2020-11	9413314260	9413314260	I	2020/12/15	2020/12/09	BANCO BOGOTA	0	$432,300

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)					$1,462,650	$234,100			$1,462,650	$182,900			$0	$0			$1,462,650	$15,300		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,462,650	$234,100			$1,462,650	$182,900			$0	$0			$1,462,650	$15,300		$0	$0
Ciudad: LIBANO Depto: TOLIMA (1 Afiliados)					$1,462,650	$234,100			$1,462,650	$182,900			$0	$0			$1,462,650	$15,300		$0	$0
1	CC	65715058	LAMPREA MYRIAM	230201	30	$1,462,650	$234,100	EPS044	30	$1,462,650	$182,900		0	$0	$0	14-23	30	$1,462,650	$15,300	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,462,650	$234,100			$1,462,650	$182,900			$0	$0			$1,462,650	$15,300		$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 65715058		LAMPREA OCAMPO MYRIAM	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cl 4 7-29 brr san antonio	LIBANO-TOLIMA	2565032	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-11	2020-11	9413314260	9413314260	I	2020/12/15	2020/12/09	BANCO BOGOTA	0	$432,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$234,100	$0	$0	$234,100
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$234,100	$0	$0	$234,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$15,300	$0	$0	$15,300
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$15,300	$0	$0	$15,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$182,900	$0	$0	$182,900
MEDIMAS EPS	EPS044	901,097,473	5	1	$182,900	$0	$0	$182,900
TOTAL				1	$432,300	$0	$0	$432,300

Ciudad, 06 /03/2020

Señores
Grupo Administración de Salarios (para funcionarios de Digeneral)
Grupo de Apoyo Administrativo Mixto (para las Regionales)
Servicio Nacional de Aprendizaje SENA
Ciudad

SENA - CPP 739123
Radicacion Recibida
No:73-20-002367
06/03/2020 08:06:48 a.m.

Asunto: Solicitud deducible retención en fuente por dependientes

Estimados señores:

Con la presente solicito que de acuerdo con el Articulo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el Artículo 2º. Párrafo 3ro. del Decreto 099 del 2013, se tenga en cuenta como deducible de mis ingresos brutos provenientes de la relación laboral por el concepto de dependientes, los cuales relaciono a continuación:

Apellidos y Nombre	Documento Identidad	Calidad del Dependiente
Carbonell Lamprea Juan Camilo	**1.104.711.770**	**1. Hijos menores 18 años.** **2. Hijos estudiantes entre 18 y 23 años.** **3. Hijos mayores a 23 años con dependencia por factores físicos o psicológicos.** **4. Cónyuge con ingresos inferiores a 260 UVT o dependencia por factores físicos o psicológicos.** **5. Padres o hermanos con ingresos inferiores a 260 UVT o dependencia por factores físicos o psicológicos.**
Sussan Carbonell Lamprea	**1.104.943.854**	

Certifico bajo la gravedad de juramento la información consignada en esta solicitud y me comprometo a enviar solicitud de revocación de aplicación del deducible por dependientes en el caso en que cesen las condiciones que dan origen a esta solicitud.

Escaneado con CamScanner

Ciudad, 06 /03/2020

Señores
Grupo Administración de Salarios (para funcionarios de Digeneral)
Grupo de Apoyo Administrativo Mixto (para las Regionales)
Servicio Nacional de Aprendizaje SENA
Ciudad

SENA - OFP 73SUS
Radicación Recibida
No:73-20-002367
06/03/2020 08:06:48 a.m.

Asunto: Solicitud deducible retención en fuente por dependientes

Estimados señores:

Con la presente solicito que de acuerdo con el Articulo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el Artículo 2º. Párrafo 3ro. del Decreto 099 del 2013, se tenga en cuenta como deducible de mis ingresos brutos provenientes de la relación laboral por el concepto de dependientes, los cuales relaciono a continuación:

Apellidos y Nombre	Documento Identidad	Calidad del Dependiente
Carbonell Lamprea Juan Camilo	1.104.711.770	1. Hijos menores 18 años. 2. Hijos estudiantes entre 18 y 23 años. 3. Hijos mayores a 23 años con dependencia por factores físicos o psicológicos. 4. Cónyuge con ingresos inferiores a 260 UVT o dependencia por factores físicos o psicológicos. 5. Padres o hermanos con ingresos inferiores a 260 UVT o dependencia por factores físicos o psicológicos.
Sussan Carbonell Lamprea	1.104.943.854	

Certifico bajo la gravedad de juramento la información consignada en esta solicitud y me comprometo a enviar solicitud de revocación de aplicación del deducible por dependientes en el caso en que cesen las condiciones que dan origen a esta solicitud.

Escaneado con CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1104943854

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 41631684

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría X Número 02 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código 728

País Departamento Municipio Corregimiento o Inspección de Policía

COLOMBIA * * * * * * TOLIMA * * * * * * IBAGUE * * * * * * *

Datos del inscrito

Primer Apellido: CARBONELL * * * * * * Segundo Apellido: LAMPREA * * * * * * *

Nombre(s): SUSSAN * * * * * * * * * * * * * * * * *

Fecha de nacimiento: Año 2008 Mes JUL Día 14 Hora (en letras): TRECE Lugar de nacimiento (País Departamento Municipio Corregimiento o Inspección): Gemelo (Sí o No): O Número de orden en caso de parto múltiple: POSITIVO

COLOMBIA * * * * * * TOLIMA * * * * * * IBAGUE * * * * * *

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigo: CERTIFICADO NACIDO VIVO * * * * * * * * * * Número certificado de nacido vivo: 50250631-8 * *

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: LAMPREA OCAMPO MYRIAM * * * * * * * * * * * * * * *

Documento de identificación (Clase y número): CC 65,715,058 * DE LIBANO * * * * * * * Nacionalidad: COLOMBIANA * *

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: CARBONELL PEÑA EDUAR * * * * * * * * * * * * * * * * *

Documento de identificación (Clase y número): CC 93,291,746 * DE LIBANO * * * * * * * Nacionalidad: COLOMBIANA * *

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: CARBONELL PEÑA EDUAR * * * * * * * * * * * * * * * * *

Documento de identificación (Clase y número): CC 93,291,746 * DE LIBANO * * * * * Firma: X Edu Pena

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos: *

Documento de identificación (Clase y número): * * * * * * DE * * * * * * * Firma: - - - - - - - - - -

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos: *

Documento de identificación (Clase y número): * * * * * * DE * * * * * * * Firma: - - - - - - - - - -

Fecha de inscripción: Año 2008 Mes JUL Día 28

Nombre y firma del funcionario que autoriza: JAIME [illegible]

Reconocimiento paterno: = = = Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento: = = = Nombre y Firma

ESPACIO PARA NOTAS

— ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO —

NOTARIA

Escaneado con CamScanner

Recibo de Pago

NIT 899.999.063-3
DIRECCIÓN Carrera 30 N° 45 - 03
TELÉFONO 3165000
HOMEPAGE https://dninfoa.unal.edu.co/

RECIBO DE PAGO No. 2020014125

AÑO 2020 | PERIODO 2S | FECHA DE EMISIÓN 11 09 2020 (DIA MES AÑO)

Sede Bogotá

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

NIVEL: PREGRADO | PROGRAMA CURRICULAR: INGENIERÍA CIVIL | TIPO DE INGRESO: VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: CARBONELL LAMPREA, JUAN CAMILO | NOMBRE DE USUARIO: jcarbonelll@unal.edu.co | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1104711770

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA: | TELÉFONO: | TIPO: CALCULADO | PBM: 31

FRACCIÓN PARA EL ESTUDIANTE
COMPROBANTE PARA MATRÍCULA

CONCEPTO	(+/-)	VALOR
Matrícula	+	937,531

OBSERVACIONES

PAGO OPORTUNO | FECHA DE PAGO 02 10 2020 (DIA MES AÑO) | TOTAL 772,458

ESPACIO PARA SELLOS DEL BANCO