SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL TOLIMA
CENTRO DE INDUSTRIA Y CONSTRUCCION-TOLIMA - SERVICIOS PRESTADOS

Código Regional	**73**
Código Centro	**922610**
Fecha Elaboración	**Diciembre de 2020**
Versión	**AGOSTO 2020 - 5,20**
ID de Proceso	**40596-536106**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	NORMA VARGAS PRADA	**C.C.**	65.761.488	**IP/Nº de contacto**	3004881480
Correo electrónico contratista:	novargas@sena.edu.co				

Régimen del IVA: NO RESPONSABLE **Pertenece al régimen simple de tributación?** NO **Es declarante de renta?** SI **Es Pensionado?** NO

Sus ingresos en el 2019 Superaron $47.978.000 SI **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** SI

Banco al cual consignar: BANCOLOMBIA **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 59732060141

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: 1318886/2020 **Nº Compromiso SIIF** **9120**

Valor Total del Contrato	$ 39.375.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 3.250.000	**12**	**Del**	**01/12/2020**	**Al**	**26/12/2020**	**$ 3.250.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 0		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.250.000	Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°		3,42%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo		$ 141.329
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 3.750.000			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 7.000.000**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 4.126.500**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**		**$ 141.329**

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

	Diciembre	Noviembre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**9413562650**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.300.000	$ 1.500.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 162.500	$ 187.500
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 208.000	$ 240.000
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 6.800	$ 7.900
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	$ 240.000	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 187.500	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 7.900	
Dependientes hasta $ 1.139.424	$ 700.000	
Salud hasta $ 569.712	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 1.375.500	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	4.126.500,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	2.879.500,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	141.329,00	3,42%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8551	8.639,00	0,300%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Bomberos	518,00	6,000%
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	**$ 3.099.514,00**	

SON: TRES MILLONES NOVENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS CATORCE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

1. Número Ficha Titulada:2104714 N° Matriculados: 42--2104715 No. Matriculados 38- 2104716-No. Matriculados 38
2.Ciudad Form. Ibagué Sitio de Form. Plataforma Territorium 3. Horario de Formación: Lunes a Viernes. 8:00 a.m. a 12:00 m. - 2 a 6 pm
3. Fase Planeación- Actividad de proyecto 7-Diseñar el plan de promoción. Competencias: Manejar contactos comerciales de acuerdo con la actividad de mercadeo -Gestionar las superficies en los puntos de venta según estrategias de exhibición.
Los aquí firmantes dejan constancia que el trámite de la presente cuenta se adelanta a la fecha, atendiendo lineamientos presupuestales y contables de cierre de vigencia del sistema SIIF Nación y el Ministerio de Hacienda; no obstante en caso de presentar se situaciones extraordinarias que afecten el cumplimiento del contrato dentro del plazo de ejecución restante, las partes acuerdan que el mismo será objeto de liquidación en los términos establecidos en el artículo 60 de la Ley 80 de 1993 modificado por el artícu lo 60 de la Ley 80 de 1993 modificado por el artículo 217 del Decreto Nacional 019 de 2012 y el artículo 11 de la Ley 1150 de 2007

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.

NORMA VARGAS PRADA
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,

HEIDY ALEXANDRA MOLANO GIRON
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

LINA LIZETH MARTINEZ CALDERON
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

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 65761488		VARGAS PRADA NORMA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KR 4D N 105 34	IBAGUE-TOLIMA	2679152	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	1000001644	9413562650	I	2020/12/22	2020/12/03	BANCO BOGOTA	0	$435,400

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	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,500,000	$240,000			$1,500,000	$187,500			$0	$0			$1,500,000	$7,900		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,500,000	$240,000			$1,500,000	$187,500			$0	$0			$1,500,000	$7,900		$0	$0
Ciudad: IBAGUE Depto: TOLIMA (1 Afiliados)					$1,500,000	$240,000			$1,500,000	$187,500			$0	$0			$1,500,000	$7,900		$0	$0
1	CC	65761488	VARGAS NORMA	25-14	30	$1,500,000	$240,000	EPS002	30	$1,500,000	$187,500		0	$0	$0	14-23	30	$1,500,000	$7,900	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,500,000	$240,000			$1,500,000	$187,500			$0	$0			$1,500,000	$7,900		$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 65761488		VARGAS PRADA NORMA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KR 4D N 105 34	IBAGUE-TOLIMA	2679152	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	1000001644	9413562650	I	2020/12/22	2020/12/03	BANCO BOGOTA	0	$435,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$240,000	$0	$0	$240,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$240,000	$0	$0	$240,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,900	$0	$0	$7,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$7,900	$0	$0	$7,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$187,500	$0	$0	$187,500
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$187,500	$0	$0	$187,500
TOTAL				**1**	**$435,400**	**$0**	**$0**	**$435,400**

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Ibagué, 09 de diciembre 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:

T.I.	**1106226677**	**VALENTINA MARTINEZ VARGAS**	**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: _NORMA VARGAS PRADA 65761488_

C.C. ___65761488

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

NUIP 1106226677

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 35656734

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [04] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código T 4 B

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

Colombia - Tolima - Ibagué

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MARTINEZ	VARGAS

Nombre(s)

VALENTINA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2005 Mes JUN Día 10	Femenino	A	Positivo

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA - TOLIMA - IBAGUÉ - CLINICA MANUEL ELKIN PATARROYO.

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO.	A - 5816477.

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

VARGAS PRADA NORMA

Documento de identificacón (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.N° 35,761,488 DE IBAGUÉ (TOLIMA)	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

MARTINEZ ROA HERIBERTO

Documento de identificacón (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.N° 79,297,706 DE SANTAFE DE BOGOTÁ D.C	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

MARTINEZ ROA HERIBERTO

Documento de identificacón (Clase y número)	Firma
C.C.N° 79,297,706 DE SANTAFE DE BOGOTÁ D.C	X

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 autoriza*
Año 2005 Mes JUN Día 21	ALFONSO PORTELA HERRAN - NOTARIO 4
	Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

gratuito

EL SUSCRITO NOTARIO CUARTO DEL CIRCULO DE IBAGUE

CERTIFICA:

Que la presente fotocopia es fiel reproducción de su original que obra en el Archivo Serial No. 3565734 de esta Notaría. Se expidió a solicitud del interesado en Ibagué a 25 JUL. 2006

VALIDO PARA parentesco

ALFONSO PORTILLA HERRAN
NOTARIO CUARTO

EN BLANCO

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO **1.106.226.677**

MARTINEZ VARGAS

APELLIDOS

VALENTINA

NOMBRES

valentina martinez

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **10-JUN-2005**

IBAGUE
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

10-JUN-2023

FECHA DE VENCIMIENTO

06-MAR-2013 IBAGUE

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

A+ G S RH

F SEXO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

P-2900100-00441855-F-1106226677-20130620 **00335**35049A 2 6352268118