SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES

REGIONAL CHOCÓ

CENTRO DE RECURSOS NATURALES, INDUSTRIA Y BIODIVERSIDAD - SERVICI

Código Regional	27
Código Centro	952210
Fecha Elaboración	Marzo de 2020
Versión	FEBRERO 2020 - 2,20
ID de Proceso	83218-799919

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	NINI JOHANA OLAYA PAZ				
Correo electrónico contratista:	njolaya@sena.edu.co	C.C.	35.896.105	IP/N° de contacto	3146083001
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	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 ?	NO
Banco al cual consignar:	AV VILLAS	Tipo de cta	AHORROS	N° Cuenta	530796924
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

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° del contrato:	1396904/2020		N° Compromiso SIIF	15620	
Valor Total del Contrato	$ 23.896.000	N ° Pago	Periodo objeto de pago		Valor Bruto Pago
Saldo Anterior del Contrato	$ 23.597.300	2	Del 01/03/2020	Al 31/03/2020	$ 2.987.000,00
Nuevo Saldo del Contrato	$ 20.610.300		Comisiones	$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.987.000	Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 298.700		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	$ 3.285.700	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	$ 1.774.673	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	$ 0

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

	Marzo	Febrero			
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		Dcto/1273/18			
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.194.800	$ 877.803	Valor Base retención en la fuente	1.774.673,00	TARIFA
Aporte obligatorio a segundad social salud	$ 149.400	$ 109.800	Valor Base retención en la fuente ICA	2.646.400,00	
Aporte obligatorio a segundad social Pensión	$ 191.200	$ 140.500	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
ARL	$ 6.300	$ 4.600	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -		Reteica - 8551	5.293,00	0,200%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.128.000	$ -		-	0,00	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.560.700	$ -		-	0,00	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 140.500		-	0,00	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 109.800		Pro Utch	29.870,00	1,000%
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 4.600		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta $ 1.139.424	$ 328.570		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 569.712	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 591.558		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	$ 2.951.837,00	

SON: DOS MILLONES NOVECIENTOS CINCUENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Selección, alistamiento y manejo de herramientas de trabajo.
Identificación de fibras y tintes.
Selección de materiales de compra apropiados al producto a elaborar.
Realización de proceso de tinturados y lavado de las fibras.
Realización proceso de secado y fusionado de la fibra.
Trabajos con las de diferentes puntadas básicas en crochet.
Elaboración de collar en crochet con hilo mega en forma de flores de diferentes estilos.
Elaboración de arete en crochet con hilo mega en forma de flores de diferentes estilos.
Entrega al supervisor del contrato el informe mensual y toda la documentación requerida.

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.

Nini Johana Olaya Paz

NINI JOHANA OLAYA PAZ
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí 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,

HARRY EDUVAR MARTINEZ ASPRILLA
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

JUAN CARLOS BLANCO CORDOBA
DIRECTOR REGIONAL CON FUNCIONES DE SUBDIRECTOR DE CENTRO

Escaneado con CamScanner

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

soi — Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE	
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	35896105
NOMBRE O RAZON SOCIAL:	NINI JOHANA OLAYA PAZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	QUIBDO
DEPARTAMENTO:	CHOCO
DIRECCIÓN:	B:CIUDADELA MIA
TELÉFONO:	6725596
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE
CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA
ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	4327107443	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES		
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES febrero	AÑO 2020	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES febrero	AÑO 2020
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2020/03/03	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9999232091		

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 140.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 140.500	$ 0	$ 140.500
SUBTOTALES:										$ 140.500	$ 0	$ 140.500

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN UPC	MORA COTIZACIÓN	MORA UPC	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 109.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 109.800	$ 0	$ 0	$ 109.800
SUBTOTALES:													$ 109.800	$ 0	$ 0	$ 109.800

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 4.600	$ 4.600	$ 0	$ 0	$ 4.600
SUBTOTALES:									$ 4.600	$ 0	$ 0	$ 4.600

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	SAL INTEGRAL	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 35896105	OLAYA PAZ NINI JOHANA	INDEPENDIENTE CON CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 877.803				NO																	

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
25-14 COLPENSIONES	30	$ 877.803	$ 140.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 140.500

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD / ARP

SALUD ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
EPS037-NUEVA EPS	30	$ 877.803	$ 109.800	$ 0	$ 109.800	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 877.803	35896105	$ 4.600

PARAFISCALES

DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 254.900

Planilla Pagada

Dicho recibo si corresponde al pago del mes correspondiente o la planilla o cuenta de cobro

Nini Johana Olaya Paz Qdó

CC 35° 896.105

2020/03/03 5:36 PM USUARIO: SOI CC35896431

Escaneado con CamScanner

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Quibdó, 16 de Marzo 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:

R.C.	**1033200222**	**NIRITZA YEIRA CUESTA OLAYA**	**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: NINI JOHANA OLAYA PAZ

C.C. 35896105 de Quibdó

Escaneado con CamScanner

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

NUIP 1033200222

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 55529968

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 07 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** AYK

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

COLOMBIA - ANTIOQUIA - MEDELLÍN

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
CUESTA	OLAYA

Nombre(s): NIRITZA YEIRA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2016 Mes MAY Día 13	FEMENINO		

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

COLOMBIA - ANTIOQUIA - MEDELLÍN

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	13486916-3

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: OLAYA PAZ NINI JOHANA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 35896105	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: CUESTA PALMA LUIS ISACIO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 11809955	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: CUESTA PALMA LUIS ISACIO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 11809955	Luis Isacio Cuesta P.

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 2016 Mes MAY Día 13	OSCAR ANTONIO ÁLVAREZ GÓMEZ Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Luis Isacio Cuesta Palma Firma	OSCAR ANTONIO ÁLVAREZ GÓMEZ Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS TOMO 0125 FOLIO 002

Escaneado con CamScanner