SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL SANTANDER
CENTRO DE GESTIÓN AGROEMPRESARIAL DEL ORIENTE-SANTANDER

Código Regional	**68**
Código Centro	**954610**
Fecha Elaboración	**Abril de 2020**
Versión	**MARZO 2020 - 3,20**
ID de Proceso	**31504-120293**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	ANA PATRICIA GONZALEZ GOMEZ	**C.C.**	27.984.199	**IP/Nº de contacto**	74129
Correo electrónico contratista:	apgonzalez99@misena.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: DAVIVIENDA **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 048600062631

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**

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato: 1326540/2020 **Nº Compromiso SIIF** **10720**

Valor Total del Contrato	$ 35.550.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 29.625.000	**3**	**Del**	**01/04/2020**	**Al**	**30/04/2020**	**$ 3.555.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 26.070.000		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.555.000		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	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 3.555.000**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.095.575**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Abril	**Marzo**			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**8606469345**	Valor Base retención en la fuente	2.095.575,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.422.000	$ 1.422.000	Valor Base retención en la fuente ICA	3.149.600,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 177.800	$ 177.800	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 227.600	$ 227.600	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 II	$ 14.900	$ 14.900	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 8543	6.299,00	0,200%
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -		-	0,00	
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	$ -		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	$ 355.500		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 569.712	$ -				
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 698.525		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	**$ 3.548.701,00**	

SON: TRES MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL SETECIENTOS UN PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

ACTIVIDADES MES DE ABRIL

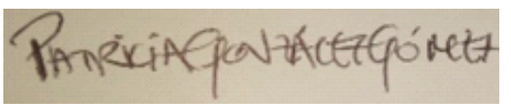
ASIGNACION GUIA DE APRENDIZAJE INSTALACIONES PECUARIAS A LAS FICHAS 1840044, 1844912, 1847879 1844891 A TRAVÉS DE CORREOS ELECTRO Y DE WHASAPTH. ENVIO DE CORREOS A INSTITUCIONES EDUCATIVOS RECTORES Y HOMOLOGOS.

ELABORACIÓN PORTAFOLIO PROGRAMA TÉCNICO EN PRODUCCIÓN AGROPECUARIA MANEJO DEL APLICATIVO SENA VIRTUAL TERRITORIUM.

VIDEOCONFERENCIA ENTRENAMIENTO TEAMS Y REFLEXIONES PARA LA INCERTIDUMBRE.

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.



ANA PATRICIA GONZALEZ GOMEZ
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,

JUAN ERNESTO DUARTE BALLESTEROS
INSTRUCTOR G18

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

HERIKA BIBIANA ARIZA GONZALEZ
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02

Banagrario

ASOPAGOS s.a. ANTES OPERADOR ASOCAJAS

PLANILLA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES
PLANILLA NRO. 8606469345
REFERENCIA DE PAGO (PIN): 8649263082
Fecha Pago Planilla: 2020-04-23

PAGADA

DATOS DEL APORTANTE					
RAZÓN SOCIAL	ANA PATRICIA GONZALEZ GOMEZ	TIPO DE PERSONA	Natural	TIPO DE DOCUMENTO	Cédula de Ciudadanía
Nro. DE IDENTIFICACIÓN	27984199	D.V.	0	TIPO DE APORTANTE	Independiente
DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA	CR 3 A N 21 15	DEPARTAMENTO	SANTANDER	MUNICIPIO	BARBOSA
ACTIVIDAD ECONÓMICA	8299	CORREO ELECTRÓNICO	patriciagonzalezgomez9@gmail.com	TELÉFONO	0
FAX	0	SUCURSAL	0	NOMBRE SUCURSAL	0
TIPO DE ENTIDAD	Privada	ARL	ARL SURA	Tipo de aportante	Independiente

REPRESENTANTE LEGAL					
Nro. DE IDENTIFICACIÓN		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE			

PERÍODO COTIZACIÓN PENSIÓN		PERÍODO COTIZACIÓN SALUD		FORMA DE PRESENTACIÓN
Año: 2020	Mes: 03	Año: 2020	Mes: 03	Único
Nro. DE TRABAJADORES		Vlr. TOTAL NÓMINA		Nro. DE RADICACIÓN
1		$0		8606469345

IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO									Salario
Identificación	Tipo Vinculación	Subtipo Cot	Ext no obl	Colombiano ext	Dpto	Mun	Tipo de Salario	Nombres	Salario Básico
CC-27984199	59	No	No	No	68	77	Salario	GONZALEZ GOMEZ ANA PATRICIA	$1.422.000

NOVEDADES																														
Identificación	ING	Fecha Ing	RET	Fecha Ret	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha Nov Vsp	VTE	VST	SLN	Fecha Sln Inicio	Fecha Sln Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha Lma Inicio	Fecha Lma Fin	VAC	Fecha Vac Inicio	Fecha Vac Fin	AVP	VCT	Fecha Vct Inicio	Fecha Vct Fin	IRL	Fecha Irp Inicio	Fecha Irp Fin
CC - 27984199																													0		

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES											
Identificación	AFP	Dias Cotizados	IBC pensión	Tarifa	Cot Obl	Cot Vol Afil	Cot Vol Aport	Total Cot	Fondo Sol	Fondo Subsistencia	Vlr no ret
CC - 27984199	PORVENIR	30	$1.422.000	0.1600000	$227.600	$0	$0	$227.600	$0	$0	$0

SISTEMA GENERAL DE SALUD											SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES				
Identificación	EPS	Dias Cot	IBC salud	Tarifa	Cot Obl	UPC Adic	Núm Aut EG	Valor EG	Núm Aut Lic	Valor Lic	Dias Cot	IBC Riesgos	Cód CT	Tarifa	Cot Obl
CC - 27984199	COOMEVA EPS	30	$1.422.000	0.1250000	$177.800	$0	0	$0	0	$0	30	$1.422.000	1	0.0104400	$14.900

APORTES PARAFISCALES													
Identificación	CCF	Días Cota CCF	IBC Cajas	Tarifa CCF	Aporte CCF	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF	Tarifa ESAP	Aporte ESAP	Tarifa Min Edu	Aporte Min Edu
CC-27984199	SIN CCF	0	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0

TOTALES PARA EL PERÍODO 2020 - 03											
TOTAL APORTES DEL PERÍODO A PENSIÓN POR ADMINISTRADORA											
ADMINISTRADORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	VLR COTIZACIÓN VOL AFIL	VLR COTIZACIÓN VOL APOR	VLR APORTE FONDO PENSIÓN SOL	VLR APORTE FONDO PENSIÓN SUBS	DÍAS MORA	VLR INTERESES	VLR INTERESES FONDO DE SOLIDARIDAD	VLR INTERESES FONDO DE SUBSISTENCIA	TOTAL PAGAR
PORVENIR	1	$227.600	$0	$0	$0	$0	0	$0	$0	$0	$227.600

TOTAL APORTES DEL PERÍODO A SALUD POR ADMINISTRADORA																			
ADMINISTRADORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	VLR UPC	AUT. IGE	VLR IGE	AUT. DESC LMA	VLR LMA	VLR NETO APORTES DE COT	DÍAS MORA	VLR INTERESES COT OBL	VLR INTERESES UPC	SUBTOTAL APORTES COT	SUBTOTAL APORTES	RADICACIÓN AUTOLIQ INICIAL	SALDO FAVOR PERÍODO ANTERIOR COT OBL	SALDO FAVOR PERÍODO ANTERIOR UPC	TOTAL PAGAR COT OBL	TOTAL PAGAR UPC	FONDO DE SOL SALUD	TOTAL PAGAR
COOMEVA EPS	1	$177.800	$0	0	$0	0	$0	$177.800	0	$0	$0	$177.800	$0	0	$0	$0	$177.800	$0	$0	$177.800

TOTAL APORTES DEL PERÍODO A RIESGOS PROFESIONALES POR ADMINISTRADORA													
ADMINISTRADORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	NÚM AUT PAGO INCAPACIDADES	VLR INCAPACIDADES	VLR APORTES PAGADOS A OTROS RIESGOS	VLR NETO APORTES COTIZACIÓN	DÍAS MORA	INT MORA COT OBL	SUBTOTAL APORTES COT	NÚM RAD AUTOLIQUIDACIÓN INICIAL	SALDO A FAVOR PERÍODO ANTERIOR	FONDO SOL RIESGOS PROFESIONALES	TOTAL PAGAR
ARL SURA	1	$14.900	0	$0	$0	$14.900	0	$0	$14.900	0	$0	$0	$14.900

TOTAL APORTES PARAFISCALES						
NOMBRE ENTIDAD	NÚM DE AFIL	CONCEPTO	VLR TOTAL APORTES	DÍAS MORA	INTERESES MORA	TOTAL A PAGAR
SIN CCF	1	N/A	$0	0	$0	$0
SENA	0	01	$0	0	$0	$0
ICBF	0	01	$0	0	$0	$0
ESAP	0	N/A	$0	0	$0	$0
MinEdu	0	N/A	$0	0	$0	$0

TOTAL A PAGAR		
CONCEPTO	TOTAL ENTIDADES	VALOR
SALUD	1	$177.800
PENSIONES	1	$227.600
RIESGOS PROFESIONALES	1	$14.900
CAJAS DE COMPENSACIÓN	0	$0
SENA	1	$0
ICBF	1	$0
ESAP	1	$0
MINISTERIO DE EDUCACIÓN	1	$0
GRAN TOTAL	1	$420.300

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Vélez, 30 de Abril 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:

T.I.	**1099211366**	**MIGUEL SANTIAGO ULLOA GONZALEZ**	**HIJO**
NUIP	**1130044226**	**JOSE MANUEL ULLOA GONZALEZ**	**HIJO**
NUIP	**1099218917**	**MARIA LUCIA GORDILLO GONZALEZ**	**HIJA**

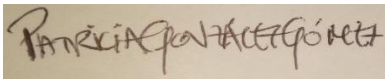
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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: _ANA PATRICIA GONZALEZ GOMEZ

C.C. 27.984.199 de Barbosa Santander

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1.099.218.917

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 56112135

56112135

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código Q X F

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
REGISTRADURIA DE BARBOSA - COLOMBIA - SANTANDER - BARBOSA.....

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
GORDILLO.....	GONZALEZ.....

Nombre(s)
MARIA LUCIA.....

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2019 Mes OCT Día 08	FEMENINO.....	O.....	POSITIVO.

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA SANTANDER VELEZ.....

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO.....	15110222-5.....

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos
GONZALEZ GOMEZ ANA PATRICIA.....

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 27.984.199.....	COLOMBIA.....

Datos del padre

Apellidos y nombres completos
GORDILLO CARATON MIGUEL ROBERTO.....

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.097.162.210.....	COLOMBIA.....

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos
GORDILLO CARATON MIGUEL ROBERTO.....

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.097.162.210.....	

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 2019 Mes OCT Día 11	DARIO MONROY FONSECA - REGISTRADO Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

11.OCT.2019 - LIBRO DE VARIOS - SE LLEVA AL LIBRODE VARIOS FOLIO 017 DEL 11/10/2019..

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1130044226

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 34937618

34937618

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [01] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** [Z8R]

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA - SANTANDER - BARBOSA.

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ULLOA.	GONZALEZ.

Nombre(s)
JOSE MANUEL.

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2013 Mes SEP Día 23	MASCULINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA - BOYACA - MONIQUIRA.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO.	12194089 - 5.

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos
GONZALEZ GOMEZ ANA PATRICIA.

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 27.984.199.	COLOMBIANA.

Datos del padre

Apellidos y nombres completos
ULLOA VALENCIA JOAQUIN HERNANDO.

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 91.013.242.	COLOMBIANO.

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos
ULLOA VALENCIA JOAQUIN HERNANDO.

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CEDULA DE CIUDADANIA 91.013.242.	

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 2013 Mes SEP Día 27	DRA. LUZ STELLA SARMIENTO HERRERA Nombre y firma

REPUBLICA DE COLOMBIA - LUZ STELLA SARMIENTO HERRERA - Notaria Única - BARBOSA

IMPRESO POR PANAMERICANA FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800.175.457-5

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD
NUMERO 1.099.211.366
ULLOA GONZALEZ
APELLIDOS
MIGUEL SANTIAGO
NOMBRES
Miguel Ulloa
FIRMA


ÍNDICE DERECHO
FECHA DE NACIMIENTO
04-SEP-2011
MONIQUIRA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
04-SEP-2029
FECHA DE VENCIMIENTO
O+
G S RH
M
SEXO
12-OCT-2018 BARBOSA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
P-2701300-01041835-M-1099211366-20181022
0062778171A 1
6855176578