SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL ANTIOQUIA
CENTRO DE DISEÑO Y MANUFACTURA DEL CUERO - SERVICIOS PRESTADOS

Código Regional	**5**
Código Centro	**920110**
Fecha Elaboración	**Mayo de 2020**
Versión	**MAYO 2020 - 4,20**
ID de Proceso	**57237-859885**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: KEBIN CUESTA RENTERIA
Correo electrónico contratista: kcuesta1@misena.edu.co
C.C. 11.807.511 **IP/Nº de contacto** 3212521436

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: BANCO DE BOGOTA **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 578487001

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: NO

Se acogió para el mes anterior, al pago parcial del aporte al Sistema General de Pensiones según el Art. 3 del Decreto N° 558: SI

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: SI

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato: 1320555/2020 **Nº Compromiso SIIF** **2520**

Valor Total del Contrato	$ 39.670.237	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 28.047.448	**5**	**Del**	**01/05/2020**	**Al**	**31/05/2020**	**$ 3.790.150,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 24.257.298		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.790.150	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	**$ 3.790.150**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.382.026**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**		**$ 0**

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

	Mayo	**Abril**			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**9405302564**	Valor Base retención en la fuente	2.382.026,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.516.060	$ 1.516.060	Valor Base retención en la fuente ICA	3.555.050,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 189.600	$ 189.600	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 45.500	$ 45.500	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 I	$ 8.000	$ 8.000	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 8299	0,00	0,000%
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	$ -		Aporte Voluntario Dec. 568/2020	0,00	0,000%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Jaime Isaza Cadavid	15.161,00	0,400%
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	$ 379.015		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 569.712	$ -				
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 794.009		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	**$ 3.774.989,00**	

SON: TRES MILLONES SETECIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y NUEVE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

5_9201_96 a la 98 Prestar servicios personales de carácter temporal para planear y orientar la Formación Profesional Integral que pro grame el Centro de Diseño y Manufactura del Cuero en sus diferentes niveles y modalidades,atendiendo las políticas institucion y la normatividad

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.

KEBIN CUESTA RENTERIA
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,

LUZ MARIA ARANGO JARABA
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

CLAUDIA ELENA LÓPEZ PEREZ
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

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 11807511		CUESTA RENTERIA KEVIN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	barrio minuto de dios parte baja #11a-24	QUIBDO-CHOCO	6716616	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-04	2020-04	14431782	9405302564	I	2020/05/06	2020/05/06	BANCO DE OCCIDENTE	0	$235,900

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)					$1,472,000	$44,200			$1,472,000	$184,000			$0	$0			$1,472,000	$7,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,472,000	$44,200			$1,472,000	$184,000			$0	$0			$1,472,000	$7,700		$0	$0
Ciudad: QUIBDO Depto: CHOCO (1 Afiliados)					$1,472,000	$44,200			$1,472,000	$184,000			$0	$0			$1,472,000	$7,700		$0	$0
1	CC	11807511 CUESTA KEBIN	230301	30	$1,472,000	$44,200	EPS037	30	$1,472,000	$184,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,472,000	$7,700	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$1,472,000	$44,200			$1,472,000	$184,000			$0	$0			$1,472,000	$7,700		$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 11807511		CUESTA RENTERIA KEVIN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	barrio minuto de dios parte baja #11a-24	QUIBDO-CHOCO	6716616	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-04	2020-04	14431782	9405302564	I	2020/05/06	2020/05/06	BANCO DE OCCIDENTE	0	$235,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$44,200	$0	$0	$44,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$44,200	$0	$0	$44,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,700	$0	$0	$7,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$7,700	$0	$0	$7,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$184,000	$0	$0	$184,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$184,000	$0	$0	$184,000
TOTAL				**1**	**$235,900**	**$0**	**$0**	**$235,900**

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 11807511		CUESTA RENTERIA KEVIN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	barrio minuto de dios parte baja #11a-24	QUIBDO-CHOCO	6716616	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-04	2020-04	9406173511	9406173511	N	2020/05/06	2020/05/15	BANCO BOGOTA	9	$7,400

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)					$45,000	$1,400			$45,000	$5,700			$0	$0			$45,000	$300		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$45,000	$1,400			$45,000	$5,700			$0	$0			$45,000	$300		$0	$0
Ciudad: QUIBDO Depto: CHOCO (1 Afiliados)					$45,000	$1,400			$45,000	$5,700			$0	$0			$45,000	$300		$0	$0
1	CC	11807511	CUESTA KEBIN	230301	30	($1,472,000)	($44,200)	EPS037	30	($1,472,000)	($184,000)		0	$0	$0	14-23	30	($1,472,000)	($7,700)	0	$0	$0
2	CC	11807511	CUESTA KEBIN	230301	30	$1,517,000	$45,600	EPS037	30	$1,517,000	$189,700		0	$0	$0	14-23	30	$1,517,000	$8,000	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$45,000	$1,400			$45,000	$5,700			$0	$0			$45,000	$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 11807511		CUESTA RENTERIA KEVIN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	barrio minuto de dios parte baja #11a-24	QUIBDO-CHOCO	6716616	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-04	2020-04	9406173511	9406173511	N	2020/05/06	2020/05/15	BANCO BOGOTA	9	$7,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,400	$0	$0	$1,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$1,400	$0	$0	$1,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$300	$0	$0	$300
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$300	$0	$0	$300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$5,700	$0	$0	$5,700
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$5,700	$0	$0	$5,700
TOTAL				**1**	**$7,400**	**$0**	**$0**	**$7,400**

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Itagüí, 17 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:

NUIP - NIP	**1023549964**	**KEIRIS CUESTA CORDOBA**	**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: KEBIN CUESTA RENTERIA

C.C. 11807511

NUIP 1.023.549.964

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 59936634

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría X Número 03 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código A 7 K

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía

COLOMBIA - ANTIOQUIA - MEDELLÍN

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
CUESTA	CORDOBA

Nombre(s)

KEIRIS

Fecha de nacimiento			Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2019	Mes ENE	Día 03	FEMENINO	---	---

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

COLOMBIA - ANTIOQUIA - MEDELLÍN

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigo	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	15235314-1

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con tres nombres, o parejas del mismo sexo, marcar el progenitor que indigan las declaraciones para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

CUESTA RENTERIA KEBIN

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 11.807.511	COLOMBIA

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con tres nombres, o parejas del mismo sexo, marcar el progenitor que indigan las declaraciones para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

CORDOBA ZAMORA IRIS

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 35.893.690	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

CUESTA RENTERIA KEBIN

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 11.807.511	

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 ENE Día 08	MARIA CECILIA VILLA GAVIRIA NOTARIO ENCARGADO (Res. 15793 - [illegible])

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
[illegible] CUESTA RENTERIA Firma	MARIA CECILIA VILLA GAVIRIA NOTARIO ENCARGADO (Res. 15793 - [illegible])

ESPACIO PARA NOTAS

NOTARIA ENCARGADA POSESIONADA MEDIANTE ACTA # 31 DE FECHA 20/12/2018. - NO SE TOMARON HUELLAS POR DISPOSICIÓN MÉDICA. - LIBRO DE VARIOS TOMO 0153 FOLIO 197