

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL BOYACÁ		Código Regional	15
			Código Centro	911010
			Fecha Elaboración	Junio de 2020
	CENTRO DE DESARROLLO AGROPECUARIO Y AGROINDUSTRIAL - BOYACA - S		Versión	MAYO 2020 - 4,20
			ID de Proceso	76825-699683
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista: MARIA FERNANDA CELY ANDRADE		C.C. 40.042.600	IP/N° de contacto 3115210714	
Correo electrónico contratista: mafernanda77@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 ? NO	
Banco al cual consignar: BANCO CAJA SOCIAL		Tipo de cta AHORROS	N° Cuenta 24042016269	
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: NO				
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				
N° del contrato: 1369574/2020	N° Compromiso SIIF 15020			
Valor Total del Contrato \$ 36.364.473	N° Pago 5	Periodo objeto de pago		Valor Bruto Pago \$ 3.612.365,00
Saldo Anterior del Contrato \$ 23.480.372	Del 01/06/2020	Al 30/06/2020		
Nuevo Saldo del Contrato \$ 19.868.007	Comisiones \$ 0,00			
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios \$ 3.612.365	Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°		0,00%	
Ingresos por comisiones \$ 0	Retención en la Fuente del Periodo		\$ 0	
Ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ 0				
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO \$ 3.612.365	Menos, Rete Fuente Otros Ingresos		\$ 0	
BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE \$ 2.129.421	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0	
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	Junio	Mayo	Valor Base retención en la fuente 2.129.421,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC \$ 1.444.946	4341897236	4341897236	Valor Base retención en la fuente ICA 3.200.465,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud \$ 180.700	\$ 180.700	\$ 180.700	Valor base IVA 0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión \$ 231.200	\$ 231.200	\$ 231.200	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 \$ 15.100	\$ 15.100	\$ 15.100	Menos Retención IVA 0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias \$ -	\$ -	\$ -	Reteica - 8299 0,00	0,000%
Aportes voluntarios a cuentas AFC \$ -	\$ -	\$ -	Aporte Voluntario Dec. 568/2020 0,00	0,000%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.128.000 \$ -	\$ -	\$ -	Otras Retenciones 0,00	0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.560.700 \$ -	\$ -	\$ -	Otras Retenciones 0,00	0,000%
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 \$ 361.237	\$ 361.237	\$ 361.237	Descuentos de Libranza 0,00	
Salud hasta \$ 569.712 \$ -	\$ -	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00	
Renta Exenta 25% \$ 8.545.680 \$ 709.807	\$ 709.807	\$ 709.807	VALOR A PAGAR \$ 3.612.365,00	
Retención en la Fuente Contingente \$ -	\$ -	\$ -		
SON: TRES MILLONES SEISCIENTOS DOCE MIL TRESCIENTOS SESENTA Y CINCO PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
1 al 5 de Junio Formación virtual fichas english dot wroks fichas 2103568, 2103569, 2103570, 2103970, 2103971 8 al 12 de Junio Formación virtual fichas english dot wroks fichas 2103568, 2103569, 2103570, 2103970, 2103971 10 de Junio Entrega Estadística 16 al 19 de Junio Formación virtual fichas english dot wroks fichas 2103568, 2103569, 2103570, 2103970, 2103971 23 al 26 de Junio Formación virtual fichas english dot wroks fichas 2103568, 2103569, 2103570, 2103970, 2103971 30 Formación virtual fichas english dot wroks fichas 2103568, 2103569, 2103570, 2103970, 2103971				
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.			MARIA FERNANDA CELY ANDRADE 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,	
			LUIS ALBERTO CARDENAS RODRÍGUEZ COORDINADOR ACADÉMICO	
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				
IVAN MAURICIO ROJAS RUIZ SUBDIRECTOR DE CENTRO G02				

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA									
TIPO IDENTIFICACIÓN:		CEDULA DE CIUDADANIA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:		40042600	NÚMERO PLANILLA:		4341897236	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES			
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:		DUITAMA DEPARTAMENTO:		MARIA FERNANDA CELY ANDRADE	PERIODO COTIZACIÓN OTROS		MES	mayo	AÑO	2020	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:		MES
CIUDAD/MUNICIPIO:		CRA 16A 19 41 APTO 602		BOYACA	DÍAS DE MORA:						MAYO		AÑO
DIRECCIÓN:		TELÉFONO:		7777777	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2020/06/10		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9990631998		
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									

TOTAL APORTES A PENSIÓN													
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO	
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 231.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 231.200	\$ 0	\$ 231.200	
SUBTOTALES:										\$ 231.200	\$ 0	\$ 231.200	

TOTAL APORTES A SALUD																
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 180.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 180.700	\$ 0	\$ 0	\$ 180.700
SUBTOTALES:													\$ 180.700	\$ 0	\$ 0	\$ 180.700

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 15.100	\$ 15.100	\$ 0	\$ 0	\$ 15.100
SUBTOTALES:									\$ 15.100	\$ 0	\$ 0	\$ 15.100

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																								
DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES										SEGURIDAD SOCIAL															PARAFISCALES																					
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	PENSIÓN					SALUD					ARP					IBC	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU									
																										ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP	APORTES VOLUNTARIOS	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN		DÍAS COT	IBC					CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 40042600	CELY ANDRADE MARIA FERNANDA	INDEPENDIENTE CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS		\$ 1.444.946			NO																		25-14 COLPENSIONES	30	1.444.946	\$	\$ 231.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 231.200	EPS005-SANITAS S.A.	30	1.444.946	\$	\$ 180.700	\$ 0	\$ 180.700	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	1.444.946	\$	40042600	\$ 15.100		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

EMPRESA: EFECTIVO LTDA.
NIT. 830.131.993-1
Calle 96 No. 12-55 Bogota

ORDEN DE SERVICIO

No OS: 8879808547 DV: 312686

Cajero: CAEDCABE

Cliente beneficiario:
110263 PILA RECAUDO

Fecha: 10/06/2020 10:25:54

PS Recaudador:
908248 CALLE 15 SALESIANO

Cantidad cupones: 1

Identificacion: 40042600

Nombre: MARIA FERNANDA
Apellido 1: CELY
Apellido 2: ANDRADE
TIPO DOCUMENTO: CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO: 3115210714
Codigo Planilla: 4341897236
Periodo Pago: 2020/05
Valor Comision: 0
Valor Iva Comision: 0
Referencia Valor
40042600 \$427.000,00

Valor recibido: \$427.000,00
Forma de pago: EFECTIVO

Aplica condiciones particulares con el
cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico
soporte valido para atender cualquier
reclamacion.

Con la solicitud y aceptacion de mi
parte, de la prestacion de este
servicio, entiendase que manifiesto
verbalmente mi autorizacion para el
tratamiento de los datos personales que
voluntariamente he entregado a Efectivo
Ltda., Estos datos pueden ser utilizados
unica y exclusivamente para la
prestacion del servicio convenido.
Linea de servicio al cliente: (1)

6510101
servicioalcliente@efecty.com.co
www.efecty.com.co

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Sogamoso, Junio de 2020

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIAJE (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:

NUIP - NIP	1052403959	Emanuel Olarte Cely	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: María Fernanda Cely Andrade

C.C. 40042600 de Tunja



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

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

521413

CUPIR 1.052.403.959

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒ Notaría ☐ Número ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código D X

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

REGISTRADURIA DE DUITAMA COLOMBIA BOYACA DUITAMA

Datos del inscrito

Primer Apellido

OLARTE

Segundo Apellido

CELY

Nombre(s)

EMANUEL

Fecha de nacimiento

Sexo (en letras)

Grupo sanguíneo

Factor RH

Año

2 0 1 3

Mes

M A R

Día

3 1

MASCULINO

0

POSITIVO

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

COLOMBIA BOYACA DUITAMA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

Número certificado de nacido vivo

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO

11876841-4

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

CELY ANDRADE MARIA FERNANDA

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CC 40.042.600

COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

OLARTE LEON CARLOS EDUARDO

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CC 74.369.632

COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

OLARTE LEON CARLOS EDUARDO

Documento de identificación (Clase y número)

CC 74.369.632

[Firma]

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

2 0 1 3

Mes

A B R

Día

0 2

Nombre y firma del funcionario

[Firma]