

 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	Junio de 2020
			Versión	MAYO 2020 - 4,20
			ID de Proceso	63500-260755
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista: KEBIN CUESTA RENTERIA Correo electrónico contratista: kcuesta1@misena.edu.co		C.C. 11.807.511	IP/N° 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	N° 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: ☐ NO				
DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO				
N° del contrato: 1320555/2020		N° Compromiso SIIF 2520		
Valor Total del Contrato \$ 39.670.237	N ° Pago 6	Periodo objeto de pago		Valor Bruto Pago \$ 3.790.150,00
Saldo Anterior del Contrato \$ 24.257.298	Del 01/06/2020	Al 30/06/2020		
Nuevo Saldo del Contrato \$ 20.467.148	Comisiones \$ 0,00			
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios \$ 3.790.150	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	Menos, ReteFuente Otros Ingresos		\$ 0	
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO \$ 3.790.150	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 2.234.201				
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 2.234.201,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC \$ 1.516.060	9406404312	9406404312	Valor Base retención en la fuente ICA 3.357.950,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud \$ 189.600	\$ 189.600	\$ 189.600	Valor base IVA 0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión \$ 242.600	\$ 242.600	\$ 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 \$ 8.000	\$ 8.000	\$ 8.000	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 \$ -	\$ -	\$ -	Jaime Isaza Cadavid 15.161,00	0,400%
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 \$ -	\$ -	\$ -	Descuentos de Libranza 0,00	
Dependientes hasta \$ 1.139.424 \$ 379.015	\$ 379.015	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00	
Salud hasta \$ 569.712 \$ -	\$ -	\$ -	VALOR A PAGAR \$ 3.774.989,00	
Renta Exenta 25% \$ 8.545.680 \$ 744.734	\$ 744.734	\$ -		
Retención en la Fuente Contingente \$ -	\$ -	\$ -		
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 institucio 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)				

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	Valor
2020-05	2020-05	637459764	9406404312	I	2020/06/03	2020/05/29	BANCO DE BOGOTA	\$243,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,517,000	\$45,600			\$1,517,000	\$189,700			\$0	\$0			\$1,517,000	\$8,000		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,517,000	\$45,600			\$1,517,000	\$189,700			\$0	\$0			\$1,517,000	\$8,000		\$0	\$0	
Ciudad: QUIBDO Depto: CHOCO (1 Afiliados)					\$1,517,000	\$45,600			\$1,517,000	\$189,700			\$0	\$0			\$1,517,000	\$8,000		\$0	\$0	
1	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)					\$1,517,000	\$45,600			\$1,517,000	\$189,700			\$0	\$0			\$1,517,000	\$8,000		\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	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
2020-05	2020-05	637459764	9406404312	I	2020/06/03	2020/05/29	BANCO DE BOGOTA	0	\$243,300

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$45,600	\$0	\$0	\$45,600	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$45,600	\$0	\$0	\$45,600	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$8,000	\$0	\$0	\$8,000	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$8,000	\$0	\$0	\$8,000	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$189,700	\$0	\$0	\$189,700	
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	\$189,700	\$0	\$0	\$189,700	
TOTAL				1	\$243,300	\$0	\$0	\$243,300	

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

ITAGUI, 17 de Abril 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:

T.I.	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

Detalles de la oficina de registro - Clase de oficina

Registratura ☐ Filatura ☒ Número 013 Censado ☐ Correcciones ☐ Expediente de folio ☐ Código A 7 K

COLOMBIA - ANTIOQUIA - MEDELLIN

Detalles del inscrito

Primer Apellido CUESTA Segundo Apellido CORDOBA

KEIRIS

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

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

COLOMBIA - ANTIOQUIA - MEDELLIN

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

Detalles de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con fines matrilíneos, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indique las declaraciones para el primer apellido del nacido)

CUESTA RENTERIA KEBIN

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

Detalles de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con fines matrilíneos, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indique las declaraciones para el segundo apellido del nacido)

CORDOBA ZAMORA IRIS

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

Detalles del declarante Apellidos y nombres completos

CUESTA RENTERIA KEBIN

Documento de identificación (Clase y número) CC 11.807.511 Firma

Detalles primer testigo Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número) Firma

Detalles segundo testigo Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número) Firma

Nombre y firma del funcionario que inscribe

Fecha de inscripción Año 2019 Mes ENE Día 08 MARIA CECILIA VILLA GAVIRIA NOTARIO ENCARGADO (Rak. 15752 - 15753)

Nombre y firma del funcionario ante quien se inscribe

Reconocimiento potestativo MARIA CECILIA VILLA GAVIRIA NOTARIO ENCARGADO (Rak. 15752 - 15753)

ESPACIO PARA NOTAS

NOTARIA ENCARGADA POSESIONADA MEDIANTE ACTA N° 31 DE FECHA 20/12/2018 - NOSE POR LAS HUELLAS POR DISPOSICIÓN MÉDICA - LIBRO DE VARIOS TOMO 0153 FOLIO 197