SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL SANTANDER
DESPACHO REGIONAL-EMPRENDIMIENTO

Código Regional	**68**
Código Centro	**101068**
Fecha Elaboración	**18 de junio de 2020**
Versión	**MAYO 2020 - 4,20**
ID de Proceso	**93195-677438**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: YOLANDA BUENAHORA RODRIGUEZ
Correo electrónico contratista: ybuenahorar@sena.edu.co
C.C. 37.894.272 **IP/Nº de contacto** 73853

Régimen del IVA: NO RESPONSABLE **Pertenece al régimen simple de tributación?** NO **Es declarante de renta?** SI **Es Pensionado?** NO

Sus ingresos en el 2019 Superaron $47.978.000 SI **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** NO

Banco al cual consignar: DAVIVIENDA **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 47900078743

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: N/A

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato: 1317719/2020 **Nº Compromiso SIIF** **12420**

Valor Total del Contrato	$ 45.760.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 29.120.000	**5**	**Del**	**01/06/2020**	**Al**	**30/06/2020**	**$ 4.160.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 24.960.000		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.160.000		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	**$ 4.160.000**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.452.275**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Junio	Mayo
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**3215754923**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.664.000	$ 1.664.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 208.000	$ 208.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 266.300	$ 50.000
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 8.700	$ 8.700
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.128.000	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.560.700	$ -	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Dependientes hasta $ 1.139.424	$ 416.000	
Salud hasta $ 569.712	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 817.425	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.452.275,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.685.700,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299	0,00	0,600%
-	0,00	
-	0,00	
Aporte Voluntario Dec. 568/2020	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$ 4.160.000,00**	

SON: CUATRO MILLONES CIENTO SESENTA MIL PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

asesoramiento en la elaboración del plan de negocio de la Leidy Jeraldine Montañez constitucion en la Camara de comercio y DIAN. registro de manera confiable la información en el dryve y Fondo Emprender, participación en la jornada virtual de orientacion a emprendedores realizada el dia 11 de junio a las 3 pm organizada por el grupo de emprendimiento de San Gil, asesoramiento diferentes planes de negocio para ser presentado al Fondo Emprender, asesoramiento y acompañamiento a las empresas que se encuentran en fortalecimiento empresaria en el cumplimiento de los planes de acción, se realizo entrenamiento a 31 emprendedores en la ideacion modelo canvas,participación en la charla conexiones de valor una alianza para promover el emprendimiento de mujeres, realizar diferentes actividades necesarias para el cumplimiento de las metas asignadas,utilizando los medios tecnológicos para apoyar a los emprendedores en sus ideas de negocio.asesoramiento en los planes de negocio para el Fondo emprender de Maria del pilar Bohorquez y Camila Alejandra Cifuentes,envio de los informes en los tiempos estipulados.

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.

YOLANDA BUENAHORA RODRIGUEZ
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,

DOLLY MAYERLY VALENZUELA SUAREZ
PROFESIONAL G06

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

ORLANDO ARIZA ARIZA
DIRECTOR REGIONAL

Bucaramanga, 18/06/2020

Señores
Grupo de Apoyo Administrativo Mixto
Servicio Nacional de Aprendizaje SENA
Ciudad

Asunto: Solicitud deducible retención en fuente por dependientes

Estimados señores:

Con la presente solicito que de acuerdo con el Articulo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el Artículo 2º. Párrafo 3ro. del Decreto 099 del 2013, se tenga en cuenta como deducible de mis ingresos brutos provenientes del contrato de prestación de servicios por el concepto de dependientes, los cuales relaciono a continuación:

Apellidos y Nombre	**Documento Identidad**	**Calidad del Dependiente**
JUAN ESTEBAN CASTILLO BUENAHORA	**1058354598**	**1. Hijos menores 18 años.**

Certifico bajo la gravedad de juramento la información consignada en esta solicitud y me comprometo a enviar solicitud de revocación de aplicación del deducible por dependientes en el caso en que cesen las condiciones que dan origen a esta solicitud.

Cordialmente,

YOLANDA BUENAHORA RODRIGUEZ
C.C 37.894.272 SAN GIL

Anexo: Relación de documentos que anexa el trabajador.

- Registro civil de nacimiento _X__
- Certificado de estudios. ____
- Certificado contador público. ____
- Certificado medicina legal. ____

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 41364715

NUIP 1058354598

41364715

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 02 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 18 4 2

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

COLOMBIA BOYACA SOGAMOSO

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
CASTILLO	* BUENAHORA

Nombre(s): JUAN ESTEBAN

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2008 Mes NOV Día 14	MASCULINO	"g"	POSITIVO

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

COLOMBIA BOYACA SOGAMOSO

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	51373433-7

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: BUENAHORA RODRIGUEZ YOLANDA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 37.894.272 SAN GIL (santander)	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: CASTILLO ORTIZ JAIRO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 91.070.731 SAN GIL (Santander)	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: CASTILLO ORTIZ JAIRO

Documento de identificación (Clase y número): C.C. 91.070.731 SAN GIL (Santander)

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)	

Fecha de inscripción

Año 2008 Mes DIC Día 02

Nombre y firma del funcionario que autoriza

REPUBLICA DE COLOMBIA
SOGAMOSO - BOYACA
Edgar Ulloa Ulloa
NOTARIA - SEGUNDA

EDGAR ULLOA ULLOA
Nombre y firma

Reconocimiento paterno

CASTILLO ORTIZ JAIRO

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

REPUBLICA DE COLOMBIA
SOGAMOSO - BOYACA
Edgar Ulloa Ulloa
NOTARIA - SEGUNDA

Nombre y Firma

— ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO —

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	37894272
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			YOLANDA BUENAHORA RODRIGUEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	SAN GIL	DEPARTAMENTO:	SANTANDER
DIRECCIÓN:	CARRERA 12 NUMERO 8-09	TELÉFONO:	3222189
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios personales n.c.p.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**3215754923**		TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	mayo AÑO	2020	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES mayo AÑO 2020
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2020/06/10		NÚMERO AUTORIZACIÓN:	0423291119

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	$ 50.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 50.000	$ 0	$ 50.000
SUBTOTALES:										**$ 50.000**	**$ 0**	**$ 50.000**

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	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 208.000
SUBTOTALES:													**$ 208.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 208.000**

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
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 8.700	$ 8.700	$ 0	$ 0	$ 8.700
SUBTOTALES:									**$ 8.700**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 8.700**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																	SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES						
																										PENSIÓN									SALUD						ARP														
																													FSP		APORTES VOLUNTARIOS																									
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 37894272	BUENAHORA RODRIGUEZ YOLANDA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE		$ 1.664.000				NO																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.664.000	$ 50.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 50.000	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.664.000	$ 208.000	$ 0	$ 208.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.664.000	37894272	$ 8.700		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 266.700**