SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL META
CENTRO AGROINDUSTRIAL DEL META-EMPRENDE RURAL

Código Regional	**50**
Código Centro	**911710**
Fecha Elaboración	**23 de junio de 2020**
Versión	**MAYO 2020 - 4,20**
ID de Proceso	**81430-040500**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	CATALINA OCHOA PEREZ	**C.C.**	52.817.415	**IP/Nº de contacto**	3168742627
Correo electrónico contratista:	cochoap@sena.edu.co				

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 ?** SI

Banco al cual consignar: BANCOLOMBIA **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 84414422399

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: 1400169/2020 **Nº Compromiso SIIF** **20720**

Valor Total del Contrato	$ 35.038.089	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 23.358.726	**5**	**Del**	**01/06/2020**	**Al**	**30/06/2020**	**$ 3.649.801,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 19.708.925		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.649.801	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	**$ 3.649.801**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.839.466**	**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	----------	**9406423984**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.459.920	$ 1.459.920
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 182.500	$ 182.500
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 233.600	$ 43.800
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 15.300	$ 15.300
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ 233.600	
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	$ 364.980	
Salud hasta $ 569.712	$ 182.500	
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 613.155	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

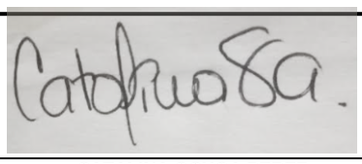
Valor Base retención en la fuente	1.839.466,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.233.701,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299	12.935,00	0,400%
-	0,00	
-	0,00	
Aporte Voluntario Dec. 568/2020	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	**$ 3.636.866,00**	

SON: TRES MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ejecución formación profesional en el Proyecto Código 2010726 del Municipio GRANADA con numero de Ficha 2080448, adelantando la fase de planeación, interactuando con los aprendices atravez de whatsapp, utilizando estrategias pedagocias como videos, informe de lecturas cortas, con el fin de de desarrolLar la guía de aprendizaje de la fase de analísis HORAS 41
Ejecución de la formación para la ficha 2104109 Produccion agropecuaría para la soberanía alimentaría, en la fase de planeación y ejecución, enviando videos editados en filmora y clases por screanmastic TOTAL DE HORAS 27
Alistamiento de formación realizando videos, tutoriales, informes de lecturas, estrategias pedagicas para el desarrollo de las guías y cumplimento del programa pedagogico TOTAL HORAS Ficha 2010726 (40 Horas) y Ficha 2104109 (30 horas)
Participación en curso de formación DESARROLLO DE HABILIDADES PARA EL DESEMPEÑO DEL INSTRUCTOR SENA Y DEMAS ACTUALIZACIONES HORAS 1
Apoyo al programa de incentivo de comercialización agropecuaria HORAS 12 TOTAL DE HORAS MES 160

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.



CATALINA OCHOA PEREZ
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,

RAFAEL ANGEL AGUILERA MARTINEZ
INSTRUCTOR G20

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

RAFAEL ANGEL AGUILERA MARTINEZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO (E) G02

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 52817415		OCHOA PEREZ CATALINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	BOSQUES DE ABAJAM 2 CASA A6	VILLAVICENCIO-META	2529361	No

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	658344802	9406423984	I	2020/06/04	2020/06/23	BANCOLOMBIA	19	$263,200

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)					$1,459,921	$43,800			$1,459,921	$182,500			$1,459,921	$29,200			$1,459,921	$7,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,459,921	$43,800			$1,459,921	$182,500			$1,459,921	$29,200			$1,459,921	$7,700		$0	$0
Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META (1 Afiliados)					$1,459,921	$43,800			$1,459,921	$182,500			$1,459,921	$29,200			$1,459,921	$7,700		$0	$0
1	CC 52817415	OCHOA CATALINA	230201	30	$1,459,921	$43,800	EPS005	30	$1,459,921	$182,500	CCF34	30	$1,459,921	$29,200	14-23	30	$1,459,921	$7,700	30	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,459,921	$43,800			$1,459,921	$182,500			$1,459,921	$29,200			$1,459,921	$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 52817415		OCHOA PEREZ CATALINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	BOSQUES DE ABAJAM 2 CASA A6	VILLAVICENCIO-META	2529361	No

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	658344802	9406423984	I	2020/06/04	2020/06/23	BANCOLOMBIA	19	$263,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$43,800	$0	$0	$43,800
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$43,800	$0	$0	$43,800
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
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$29,200	$0	$0	$29,200
COFREM	CCF34	892,000,146	3	1	$29,200	$0	$0	$29,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$182,500	$0	$0	$182,500
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$182,500	$0	$0	$182,500
TOTAL				1	$263,200	$0	$0	$263,200

aportes en línea

Pagos aportes en línea

Módulo de pagos electrónicos

Pago electrónico

El pago electrónico de su autoliquidación se ha realizado exitosamente

Resumen del pago electrónico

Dirección IP:	181.51.34.175
Estado de la transacción:	APROBADA
Clave planilla:	9406423984
Valor:	263,200
Período de pago:	2020-05
No Transacción (CUS):	658344802
Fecha:	2020/06/23
Banco:	BANCOLOMBIA
Aportes en línea:	9999001472382

Aceptar

Imprimir

Copyright © 2020 Aportes en Línea. Todos los derechos reservados.

Villavicencio, 30/junio/2020

Señores
Grupo de Apoyo Administrativo Mixto – Regional Meta
Servicio Nacional de Aprendizaje SENA
Ciudad

Asunto: Solicitud deducible retención en la 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 de la relación laboral por el concepto de dependientes, los cuales relaciono a continuación:

Apellidos y Nombre	**Documento Identidad**	**Calidad del Dependiente:**
Matias Villamil Ochoa	R.C. 11229315	Es mi hijo menor de 18 años de edad, según consta en el registro civil de nacimiento, el cual se adjunta.

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,



CATALINA OCHOA PEREZ

C.C. 52.817.415 Bogotá

Anexo: Relación de documentos que anexa el trabajador.

- Registro civil de nacimiento Si
- Certificado de estudios. No

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1122933075

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 53119459

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [x] Número [0 2] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** [X 8 8]

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

COLOMBIA META VILLAVICENCIO

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
VILLAMIL	OCHOA

Nombre(s)

MATIAS

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2013 Mes MAY Día 30	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA META VILLAVICENCIO

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	11844377-1

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

OCHOA PEREZ CATALINA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CCNO. 52 817 415 DE BOGOTA D.C.	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

VILLAMIL ORDOÑEZ CARLOS LEONARDO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CCNO. 79 943 634 DE BOGOTA D.C	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

VILLAMIL ORDOÑEZ CARLOS LEONARDO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CCNO. 79 943 634 BDE BOGOTA D.C	

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 JUN Día 06	RAUL HUMBERTO ROJAS RAMOS Nombre y firma