

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL CASANARE C AGROINDUSTRIAL Y FORTALECIMIENTO EMPRESARIAL DE CASANARE - INT		Código Regional	85
			Código Centro	951910
			Fecha Elaboración	Julio de 2020
			Versión	MAYO 2020 - 4,20
			ID de Proceso	90195-709427
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista: ANGELA DEL SOCORRO JAUREGUI URBINA Correo electrónico contratista: angelita6dej@misena.edu.co		C.C. 60.254.878	IP/N° de contacto 84751	
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: BANCOLOMBIA		Tipo de cta AHORROS	N° Cuenta 47617454277	
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: N/A		
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: 1375720/2020		N° Compromiso SIIF 17620		
Valor Total del Contrato \$ 38.010.750	N° Pago 6	Periodo objeto de pago Del 01/07/2020 Al 31/07/2020		Valor Bruto Pago \$ 3.865.500,00
Saldo Anterior del Contrato \$ 21.002.550		Comisiones \$ 0,00		
Nuevo Saldo del Contrato \$ 17.137.050				
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios \$ 3.865.500 Ingresos por comisiones \$ 0 Ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ 0 TOTAL INGRESOS DEL PERIODO \$ 3.865.500 BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 2.278.688	Tarifa de Retención en la Fuente ART 383° Retención en la Fuente del Periodo Menos, Retefuente Otros Ingresos TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO \$ 0		0,00% \$ 0 \$ 0 \$ 0	
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	Julio	Junio 4346508319	Valor Base retención en la fuente 2.278.688,00 Valor Base retención en la fuente ICA 3.424.800,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC \$ 1.546.200	\$ 1.546.200	\$ 1.546.200	Valor base IVA 0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud \$ 193.300	\$ 193.300	\$ 193.300	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión \$ 247.400	\$ 247.400	\$ 247.400	Menos Retención en la Fuente 0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional \$ -	\$ -	\$ 0	Menos Retención IVA 0,00	15%
ARL II \$ 16.200	\$ 16.200	\$ 16.200	Reteica - 8299 34.248,00	1,000%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias \$ -	\$ -	\$ -	Aporte Voluntario Dec. 568/2020 0,00	0,000%
Aportes voluntarios a cuentas AFC \$ -	\$ -	\$ -	Otras Retenciones 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 \$ 386.550	\$ 386.550	\$ 386.550	Descuentos de Libranza 0,00	
Salud hasta \$ 569.712 \$ -	\$ -	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00	
Renta Exenta 25% \$ 8.545.680 \$ 759.563	\$ 759.563	\$ 759.563	VALOR A PAGAR \$ 3.831.252,00	
Retención en la Fuente Contingente \$ -	\$ -	\$ -		
SON: TRES MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y UN MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ficha 1837565, IE Manuel Elkin Patarroyo, Aguacalera (Sabanalarga). 16 Promover la interacción idónea y almacenar productos alimenticios Ficha: 1837770, IE Jorge Eliécer Gaitán, Yopal. Competencia: Promover la interacción Idónea y Almacenar productos alimenticios Ficha 2059325: IE Juan José Rondón. Competencia: Aplicar procesos de higienización y Almacenar productos alimenticios. 1842957 IE Jorge Eliécer Gaitán, Yopal. Competencia: Almacenar productos alimenticios y aplicar proceso térmico según procedimiento 1837466, IE Juan José Rondón, Paz de Ariporo, Competencia: Promover la interacción idónea y aplicar proceso térmico según procedimiento Total Horas Académicas: 104 Horas Adicionales: Planeación de actividades, guías, material de apoyo, Seguimiento Retención de Aprendices Fichas Grado 10 y 11 calificación de juicios evaluativos, Creación portafolio del coordinador, Actualización portafolio Instructor, organización Total Horas adicionales: 56 Para un Total: 160 Horas No. de Planilla 4346508319 SOI mes de Junio				
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.				
			ANGELA DEL SOCORRO JAUREGUI URBINA EL CONTRATISTA	
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO				
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:			Autorizo el presente pago. El Supervisor,	
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.			EDWIN ALONSO QUINTERO INSTRUCTOR G11	
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				
JOHANA ASTRID MEDINA PENA DIRECTORA REGIONAL				

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Yopal, 31 de julio 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 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	N 40-0262503	Sara Gennys Melissa Guerrero Jáuregui	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: Angela Del Socorro Jáuregui Urbina

C.C. 60.254.878

7004879874



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

**REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO**

Indicativo
Serial

33630913

NUI? NAC_0262503

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐	Notaría ☒	Número ☐ 012	Consulado ☐	Corregimiento ☐	Inspección de Policía ☐	Código	N	4	C
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía									
COLOMBIA			NORTE DE SANTANDER			CUCUTA			

Datos del inscrito

Primer Apellido				Segundo Apellido													
GUERRERO				JAUREGUI													
Nombre(s)																	
SARA GENNYSS MELYSSA																	
Fecha de nacimiento																	
Año	2	0	0	3	Mes	S	E	P	Día	3	0	Sexo (en letras)	FEMENINO	Grupo sanguíneo	0	Factor RH	POSITIVO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)																	
COLOMBIA			NORTE DE SANTANDER			CUCUTA											

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	Número certificado de nacido vivo
	A4812007

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos	
JAUREGUI URSINA ANGELA DEL SOCORRO	
Documento de identificación (Clase y número)	
C/No. 60.254.878 PAIPIONA	
Nacionalidad	
COLOMBIANA	

Datos del padre

Apellidos y nombres completos	
GUERRERO PAEZ JORGE ELIECER	
Documento de identificación (Clase y número)	
C C No. 17.588.820 ARAUCA	
Nacionalidad	
COLOMBIANA	

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos	
GUERRERO PAEZ JORGE ELIECER	
Documento de identificación (Clase y número)	
C C No. 17.588.820 ARAUCA	
Firma	
[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

Año 2 0 0 3 Mes N O V Día 1 1

Nombre y firma de funcionario que autoriza

ISMAEL GONZALEZ

