

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES		Código Regional	76
	REGIONAL VALLE		Código Centro	954310
	CENTRO DE TECNOLOGIAS AGROINDUSTRIALES-VALLE - EMPRENDE RURAL		Fecha Elaboración	Agosto de 2020
			Versión	AGOSTO 2020 - 5,20
			ID de Proceso	54889-580854
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista:		LILIANA OCAMPO YEPES	C.C.	38.867.957
Correo electrónico contratista:		liocye@misena.edu.co	IP/N° de contacto	3012071355
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	24092570030
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:				
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:	1408085/2020	N° Compromiso SIIF	35620	
Valor Total del Contrato	\$ 35.248.395	N ° Pago	6	Valor Bruto Pago
Saldo Anterior del Contrato	\$ 16.423.983	Periodo objeto de pago	Del 01/08/2020 Al 31/08/2020	\$ 3.790.150,00
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 12.633.833	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, Rete Fuente 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	Agosto	Julio	Valor Base retención en la fuente	2.234.201,00
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.516.060	\$ 1.516.060	Valor Base retención en la fuente ICA	3.357.950,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 189.600	\$ 189.600	Valor base IVA	0,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 242.600	\$ 242.600	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00
ARL II	\$ 15.900	\$ 15.900	Menos Retención IVA	0,00
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -	\$ -	Reteica - 8523	6.716,00
Aportes voluntarios a cuentas AFC	\$ -	\$ -	Pro-UCEVA	18.951,00
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.128.000	\$ -	\$ -	Universidad del Pacífico	0,00
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.560.700	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Descuentos de Libranza	0,00
Aportes A.R.L. de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00
Dependientes hasta \$ 1.139.424	\$ 379.015	\$ -	VALOR A PAGAR	\$ 3.764.483,00
Salud hasta \$ 569.712	\$ -	\$ -		
Renta Exenta 25% \$ 8.545.680	\$ 744.734	\$ -		
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	\$ -		
SON: TRES MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y TRES PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Formacion del segundo semestre de los programas de formación: Emprendedor en procesamiento de productos panificables, Mpios: Versalles, Zarzal Emprendedor en procesamiento de productos de dulcería y confitería artesanal. Mpio: Zarzal Emprendedor en procesamiento de productos derivados del Café, Mpio: Versalles. Emprendedor en transformación de plátano, Mpio: El Aguila.				
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.			LILIANA OCAMPO YEPES EL CONTRATISTA	
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO				
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui 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.			JHON JAIRÓ ALZATE RAMÍREZ 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				
GERARDO AUGUSTO CASTRO MUÑOZ SUBDIRECTOR DE CENTRO G02				

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Cartago, agosto 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.	1006210653	JORGE EDUARDO COBO OCAMPO	HIJO
T.I.	1112152807	JUAN DAVID COBO OCAMPO	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: LILIANA OCAMPO YEPES

C.C. 38.867.957

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.112.152.807**

COBO OCAMPO

APELLIDOS

JUAN DAVID

NOMBRES



Juan David Cobo O.

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO
BUGA
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO
02-JUL-2026

FECHA DE VENCIMIENTO
23-MAR-2016 BUGA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

02-JUL-2008

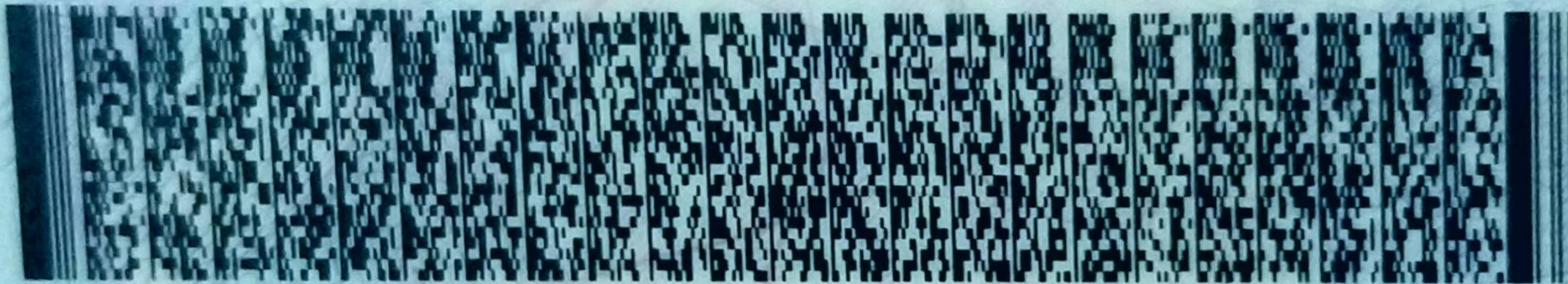
A-

M

G S RH

SEXO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



P-3102200-00819197-M-1112152807-20160426

0049508795A 1

46311218

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

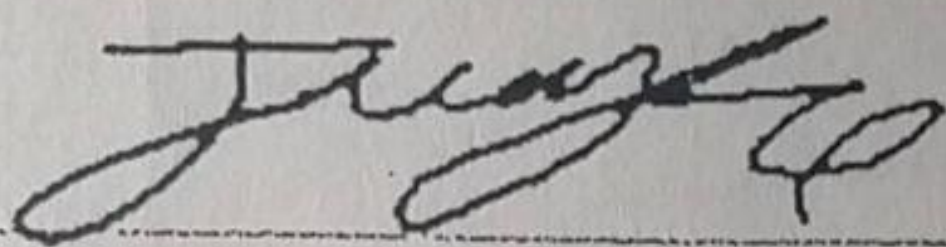
NÚMERO 1.006.210.653

COBO OCAMPO

APELLIDOS

JORGE EDUARDO

NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO
BUGA
(VALLE)

18-JUN-2002

LUGAR DE NACIMIENTO
18-JUN-2020

FECHA DE VENCIMIENTO
08-AGO-2016 BUGA

A-

M

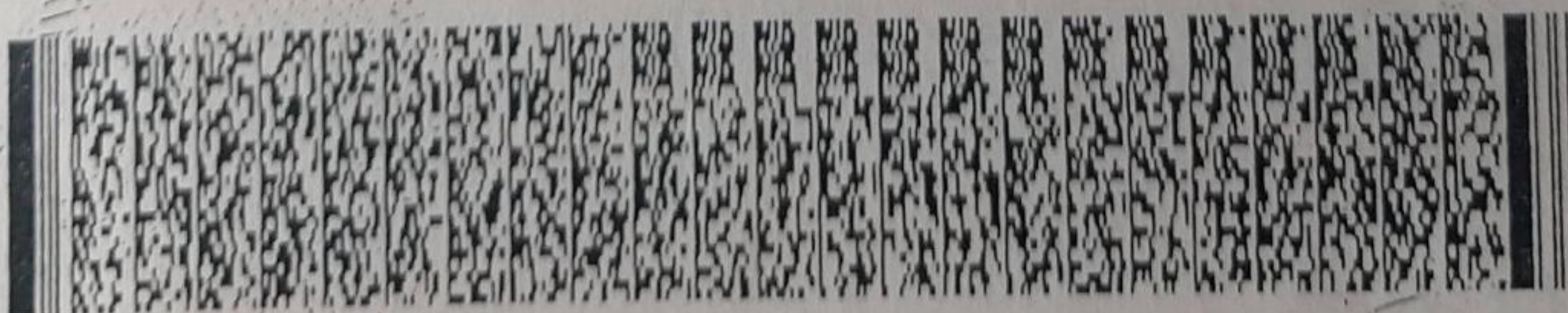
G S RH

SEXO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

INDICE DERECHO



A-3102200-00852582-M-1006210653-20160930

0051530573A 3

3084047681

Simple

PAGOSIMPLE | Prefectura

Fecha creación reporte: 2020-07-07, 02:58:07 PM Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Periodo Cotización: Junio de 2020 Periodo Servicio: Junio de 2020

Referencia pago (PIN): 8803145540

Fecha límite de pago: 2020-07-14

GUARDADA 01/06/2020

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LILIANA OCAMPO YEPES	Dirección	CR 15A #3 SUR - 34 PRADOS DE LA JULIA VALOR
Documento	CC38867957	Teléfono	3012071355
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Forma Presentación	UNICO
Tipo Persona	NATURAL	Departamento	VALLE DEL CAUCA
Ciudad	BUGA	Identificación	
Representante Legal			

IMPORTANTE: Señor aportante, si usted realiza el pago de su aporte después de las 3:00 PM este se hará efectivo al día hábil siguiente; recuerde revisar su liquidación antes del pago del servicio. Si no realiza el pago, el servicio será suspendido y el monto cobrado será el doble del valor del servicio. El pago debe ser realizado en efectivo o por transferencia bancaria a la cuenta de la Prefectura de la Provincia de Bolívar. El pago debe ser realizado antes del día hábil siguiente al día de vencimiento del servicio. El pago debe ser realizado antes del día hábil siguiente al día de vencimiento del servicio. El pago debe ser realizado antes del día hábil siguiente al día de vencimiento del servicio.

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado		Novedades										Pensiones		Salud		Riesgos				Cajas PERIODO		Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotización	Salario Cotizante	DIA	DET	TAR	DET	DET	DET	DET	DET	Administradora	IBC Pension	Administradora	IBC Salud	Administradora	Administradora	Administradora	Administradora	Administradora	Administradora	Total
CC 38867957	OCAMPO YEPES LILIANA	99	00																			

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes FSP	Aportes FSS	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Bena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	Incapacidades, Licencias, Salidas	Incapacidades AMP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE	TOTAL INTERESES	TOTAL FINAL
\$ 1.518.000	\$ 1.518.000	\$ 1.518.000	\$ 1.518.000	\$ 242.900	\$ 0	\$ 0	\$ 109.800	\$ 15.900	\$ 30.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 479.000	\$ 479.000	\$ 479.000

IV. INFORMACION

Día hábil de pago sin mora

10

Cafam-Colsubsidio-Mercadrog



8888031455400000

Señor aportante recuerde realizar el pa

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 284

Ante

C O M F A N D I
NIT 890.303.208-5

Paga tu SOAT con Credito Confandi, aprovecha nuestras tasas subsidiadas para Cat. A y B. Inf. Stand Credito Confandi

999919 recaudo sim-202007 479.000 H
VALOR : 479.000
FECHA DOC.: 20200804

NIT : 1031066855
PIN : 8803145540
PLANILLA : 1031066855
PERIODO : 202007

Efectivo 479.000
CAMBIO 480.000
8/04/20 11:53 0556 01 0161 28874

Periodo de cotización salud

Periodo de cotización salud	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Grupo Éxito-Bancompartir-Comfandi Grupo Éxito-Bancompartir



(415)7709998485884(8020)8803145540(3900)00000000(96)20991231

de las fechas límite establecidas y evite posibles inconsistencias en la prestación de los

na: 894 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Rastro del País: 018000 971 971 -

El medio ambiente está en nuestras manos.

