

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL SANTANDER DESPACHO REGIONAL-EMPRENDE RURAL		Código Regional	68
			Código Centro	101068
			Fecha Elaboración	19 de agosto de 2020
			Versión	AGOSTO 2020 - 5,20
			ID de Proceso	97194-913259
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista:		DIANA GABRIELA ALVAREZ PEÑA dgalvarezp@sena.edu.co		C.C.
Correo electrónico contratista:				IP/N° de contacto
Régimen del IVA:		NO RESPONSABLE		Pertenece al régimen simple de tributación?
				NO
Sus ingresos en el 2019 Superaron \$47.978.000		NO		Es declarante de renta?
				NO
Banco al cual consignar:		BANCOLOMBIA		Es Pensionado?
				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:		1337307/2020		N° Compromiso SIIF
				15220
Valor Total del Contrato		\$ 38.800.000		Periodo objeto de pago
Saldo Anterior del Contrato		\$ 16.037.333		Del
Nuevo Saldo del Contrato		\$ 12.157.333		Al
				31/08/2020
		Comisiones		\$ 0,00
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios		\$ 3.880.000		Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°
Ingresos por comisiones		\$ 0		Retención en la Fuente del Periodo
Ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO		\$ 3.880.000		Menos, Rete Fuente Otros Ingresos
BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE		\$ 2.287.200		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO
				\$ 0
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		Agosto		Julio
		-----		44790365
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.552.000		\$ 1.552.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 194.000		\$ 194.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 248.400		\$ 248.400
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -		\$ 0
ARL		\$ 8.200		\$ 8.200
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		\$ 388.000		
Salud hasta \$ 569.712		\$ -		
Renta Exenta 25% \$ 8.545.680		\$ 762.400		
Retención en la Fuente Contingente		\$ -		
				Valor Base retención en la fuente
				2.287.200,00
				Valor Base retención en la fuente ICA
				3.437.600,00
				Valor base IVA
				0,00
				IVA (Si es RESPONSABLE)
				0,00
				Menos Retención en la Fuente
				0,00
				Menos Retención IVA
				0,00
				Reteica - 8299
				0,00
				Otras Retenciones
				0,00
				Otras Retenciones
				0,00
				Otras Retenciones
				0,00
				Otras Retenciones
				0,00
				Descuentos de Libranza
				0,00
				Descuentos de embargo (Si tiene)
				0,00
				VALOR A PAGAR
				\$ 3.880.000,00
SON: TRES MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA MIL PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES EN EL APOYO Y ASESORÍAS NECESARIAS A LOS INTEGRANTES DE LAS UNIDADES PRODUCTIVAS APOYAR AL LÍDER DE RED REGIONAL Y AL PROFESIONAL DE APOYO REGIONAL- SER REALIZAR EL ANÁLISIS Y PROSPECTIVA DE LAS OPORTUNIDADES DE NEGOCIOS REGIONALES COMO INSUMO PARA LA OFERTA REGIONAL DE PROYE Apoyar a los emprendedores integrantes de las unidades productivas en sus procesos de fortalecimiento empresarial. Se realizó contacto y e fortaleció las unidades productivas en que son los soportes contables, que son los estados financieros de acuerdo al plan de acción a desarrollar. se fortaleció a las unidades productivas: ASOGANUV cod: 82625, LA MELGA VEREDA RASGON cod: 83021, EL MIRADOR cod: 94969 RUTA CAPRINA DEL CHICAMOCHA cod: 95123, EMPROLECHE cod: 94983, ESPROTAMARILLO cod: 79706, CAFÉ SAN MIGUEL cod: 82665, DERILAGUT cod: DERILAGUT cod: 83118, HUERTOS ORGÁNICOS EL CARACOL cod: 92904, GRANJA INTEGRAL LA PRIMAVERA cod: 91354, EL PORVENIR cod: 91346				
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.				
DIANA GABRIELA ALVAREZ PEÑA 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 periodo 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.				
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				

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52693140	DIANA GABRIELA ALVAREZ PEÑA		CALLE 32 32 20 APTO 502	6945427	dianagaby_alvarez@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			SANTANDER	BUCARAMANGA	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
					1 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2020-07	2020-07	I	19/08/2020	44790365	\$450.600

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	194.000	0		0		0	0	0	0	194.000	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	248.400	0	0	0	0	0	0		248.400	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	8.200				8.200	0	0	8.200			82	8.200	1

TOTALES CAJAS									
Código CCF	Nombre					NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	194.000	194.000
Pensión	1	248.400	248.400
Riesgos Laborales	1	8.200	8.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	450.600	450.600

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52693140	DIANA GABRIELA ALVAREZ PEÑA		CALLE 32 32 20 APTO 502	6945427	dianagaby_alvarez@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			SANTANDER	BUCARAMANGA	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2020-07	2020-07	I	19/08/2020	44790365	TOTAL A PAGAR \$450.600

DETALLE POR COTIZANTE																																																				
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																	
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres				Cotizante	Salud	Extranjero	Cotiz. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SEI	SEI	SEI	VAC	AVP	ACT	RL	CDRREG.COJA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización de	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN			
1	CC	52693140	ALVAREZ PEÑA DIANA GABRIELA				59	0			N																	230301	1.552.000	248.400	0	0	0	0	0	EPS037	1.552.000	194.000	14-11	1.552.000	1	8.200		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Bucaramanga, Agosto 19 de 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 Artículo 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
ISAAC RUEDA ALVAREZ	1193118047	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,

DIANA GABRIELA ALVAREZ PEÑA
C.C 52693140

Anexo: Relación de documentos que anexa el trabajador.

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



REPUBLICA DE COLOMBIA

NOTARIA DECIMA

DEL CIRCULO DE BUCARAMANGA
Carrera 21 No. 22-30 - PBX-Fax: (7) 642 1111

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

El suscrito Notario Décimo Certifica:

Que el registro civil de nacimiento correspondiente al día

1 de abril de 2003

Bajo Serial No.

33718590

Se halla inscrita el acta de nacimiento de

ISAAC RUEDA ALVAREZ

Nuip: Q8E0251179

Sexo

MASCULINO

Nacido en

BUCARAMANGA

Ocurrido el día

6 de marzo de 2003

Nombre del Padre

WILSON RUEDA INE

Nombre de la Madre

DIANA GABRIELA ALVAREZ PEÑA

Bucaramanga,

14 de octubre de 2011

VALIDO PARA

ACREDITA PARENTESCO.

FERNANDO LEON CORTÉS NIÑO
NOTARIO DÉCIMO



www.notariadecima.com

E-mail: notariadecima@telebucaramanga.net.co

PRUEBA DEL ESTADO CIVIL (Dcto. 1260 de 1970 Art. 105/106)

ESTE DOCUMENTO TIENE VALIDEZ PERMANENTE

(Ley 962 de 2005 Art. 21)