

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL SANTANDER CENTRO AGROTURISTICO - SANTANDER - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORM		Código Regional	68
			Código Centro	954110
			Fecha Elaboración	31 de agosto de 2020
			Versión	AGOSTO 2020 - 5,20
		ID de Proceso	16904-695059	
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista:		MARIA EDITH MENDEZ LEON maemle@misena.edu.co		C.C.
Correo electrónico contratista:				37.889.708
Régimen del IVA:		NO RESPONSABLE		IP/N° de contacto
Pertenece al régimen simple de tributación?		NO		7248113
Es declarante de renta?		NO		Es Pensionado?
NO		NO		NO
Sus ingresos en el 2019 Superaron \$47.978.000		NO		Inducción SST
NO		SI		Presta Servicios Excluidos de IVA ?
Banco al cual consignar:		BANCO CAJA SOCIAL		NO
Tipo de cta		AHORROS		N° Cuenta
24044365075				
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				NO
Tiene contratos de prestación de servicios con otras Entidades Públicas:		N/A		
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:	1698093/2020	N° Compromiso SIIF	98020	
Valor Total del Contrato	\$ 12.787.840	N° Pago	Periodo objeto de pago	
Saldo Anterior del Contrato	\$ 11.115.584	2	Del	31/08/2020
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 8.656.384		AI	Valor Bruto Pago
			Comisiones	\$ 2.459.200,00
			\$ 0,00	
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios	\$ 2.459.200	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			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 2.459.200	Menos, Rete Fuente Otros Ingresos	\$ 0	
BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE	\$ 1.449.660	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	Valor Base retención en la fuente	1.449.660,00
Ingreso Base de Cotización - IBC	-----	18398518	Valor Base retención en la fuente ICA	2.178.800,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 983.680	\$ 877.803	Valor base IVA	0,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 123.000	\$ 109.800	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ 157.400	\$ 140.500	Menos Retención en la Fuente	0,00
ARL II	\$ -	\$ 0	Menos Retención IVA	0,00
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ 10.300	\$ 9.200	Reteica - 8299	0,00
Aportes voluntarios a cuentas AFC	\$ -	\$ -	0,00	0,600%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.128.000	\$ -	\$ -	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	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Aportes A.R.L. de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Dependientes hasta \$ 1.139.424	\$ 245.920		Descuentos de Libranza	0,00
Salud hasta \$ 569.712	\$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00
Renta Exenta 25% \$ 8.545.680	\$ 483.220		VALOR A PAGAR	\$ 2.459.200,00
Retención en la Fuente Contingente \$ -				
SON: DOS MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Impartir formación complementaria en el programa: Elaboración de patrones básicos de chaqueta dama ficha: 2159639 Realizar operaciones en la prenda final (chaqueta dama). Impartir formación complementaria en el programa: Proceso de costura para la confección Industrial ficha: 2157621 Realizar operaciones de confección en la pijama como prenda final. Impartir formación complementaria en el programa: Confección de camiseta deportiva. ficha: 2171136 Ensamble de camiseta aplicando normas de calidad; usar herramientas para el proceso cumpliendo normas de seguridad. Impartir formación complementaria en el programa: Patronaje y escalado de blusa. fichas: 2171137 y 2179657 Escalar patrón según tallaje, Desarrollar patrones de acuerdo con el diseño de la prenda y las especificaciones de la ficha técnica. Total horas mes de Agosto: 100 hrs				
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.			MARIA EDITH MENDEZ LEON 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.			KAREN ANDREA GARCIA CARREÑO 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				
NELLY QUIROGA SARMIENTO SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)				

Se certifica que la empresa , identificada con CC-37889708 sucursal 00, canceló los aportes de seguridad social y parafiscales de la siguiente manera:

REFERENCIA POR TIPO DE PLANILLA		CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE ADMINISTRADORA	Nro. AFILIADOS	DÍAS MORA	COTIZACIÓN	INTERES	VALOR TOTAL
Período pensión:	2020-07	25-14	900336004	COLPENSIONES	1	0	140.500	0	140.500
Período salud:	2020-07	EPS005	800251440	SANITAS	1	0	109.800	0	109.800
Planilla Nro.:	18398518 Tipo I	14-23	860011153	POSITIVA	1	0	9.200	0	9.200
Clase de aportante:	I	SINCCF	0	SIN CCF	1	0	0	0	0
Fecha transacción:	2020-08-19	PASENA	899999034	SENA	0	0	0	0	0
Banco:	BANCO DE BOGOTA	PAICBF	899999239	ICBF	0	0	0	0	0
Transacción:	716863537	PAESAP	899999054	ESAP	0	0	0	0	0
		PAMIED	899999001	MINEDU	0	0	0	0	0
GRAN TOTAL								\$ 259.500	

PAGADO

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

San Gil, Agosto 31 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.	1100954116	SARA GABRIELA TORRES MÉNDEZ	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: MARÍA EDITH MÉNDEZ LEÓN
C.C. 37889708

-SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -