

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL SANTANDER CENTRO AGROTURISTICO - SANTANDER-EMPRENDE RURAL		Código Regional	68
			Código Centro	954110
			Fecha Elaboración	31 de agosto de 2020
			Versión	AGOSTO 2020 - 5,20
			ID de Proceso	04890-411888

DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista:	GLADYS HELIANA MELGAREJO BALLESTEROS		C.C.	37.897.046
Correo electrónico contratista:	ghmelgarejo@sena.edu.co		IP/N° de contacto	73876
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	Pertenece al régimen simple de tributación?	NO	Es declarante de renta?
			NO	Es Pensionado?
			NO	NO
Sus ingresos en el 2019 Superaron	\$47.978.000	NO	Inducción SST	SI
			Presta Servicios Excluidos de IVA ?	NO
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA	Tipo de cta	AHORROS	N° Cuenta
				32214510196
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:	1386434/2020	N° Compromiso SIIF	36220	
Valor Total del Contrato	\$ 30.321.200	N° Pago	6	
Saldo Anterior del Contrato	\$ 12.002.140	Periodo objeto de pago	Del 01/08/2020 Al 31/08/2020	
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 8.211.990	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 RETENCIÓN 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 - 8299	0,00
Aportes voluntarios a cuentas AFC	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.128.000	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	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	\$ 379.015	\$ -	Descuentos de Libranza	0,00
Salud hasta \$ 569.712	\$ -	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00
Renta Exenta 25% \$ 8.545.680	\$ 744.734	\$ -	VALOR A PAGAR	\$ 3.790.150,00
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	\$ -		

SON: TRES MILLONES SETECIENTOS NOVENTA MIL CIENTO CINCUENTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO	
FORMACIÓN SER: FICHA 2165964; PROGRAMA: PRODUCCIÓN AGROPECUARIA PARA LA SOBERANIA ALIMENTARIA: AA: Disponer las instalaciones e insumos. COM: Alimentar la especie según procedimientos. Fecha: 8,15,22 y 29 de 6am a 10am y de 11am a 14 pm. Horas 28. AA: Disponer las instalaciones e insumos. COM: Alimentar la especie según procedimientos Técnicos. Fecha: 8,15,22 y 29 de 10:00 am a 11:00 am. Horas 4 Total de Horas: 32	
FICHA: Emprendedor en producción de codornices: AA: Determinar la ubicación y orientación. COM: Controlar el montaje de la producción fecha: 3,6,10,13 y 17 de 8 am a 12pm y de las 13pm a 17pm. Horas: 40. AA: Verificar el montaje de la unidad. COM: controlar el montaje de la producción. Fecha: 20,24,27,31 de las 8am a 12pm y de las 13pm a 17pm. Horas 32 horas. Horas totales: 72 Horas	
FICHA: 2147399: Emprendedores producción de Huevo: AA: Documentar el desarrollo del plan de bioseguridad. COM: Implementar cond. biosegur fecha: 4,5,11 y 12 de 8am a 12pm y 13pm a 17pm. Horas: 32 AA: Efectuar seguimiento COM: Implementar cond. Bioseguras. Fecha: 18,19,25 y 26 d 8am a 12pm y 13pm a 17pm. Horas: 32 total de horas: 64. Horas formación: 168 horas planilla seguridad: 9408787178	
PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:	GLADYS HELIANA MELGAREJO BALLESTEROS EL CONTRATISTA
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO	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)

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 37897046		MELGAREJO BALLESTEROS GLADYS HELIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 12 N. 9-51 PISO 3	SAN GIL-SANTANDER	7248265	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2020-07	2020-07	1000000615	9408787178	I	2020/08/13	2020/08/19	BANCO BOGOTA	\$470,300

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)					\$1,520,000	\$243,200			\$1,520,000	\$190,000			\$0	\$0			\$1,520,000	\$37,100		\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,520,000	\$243,200			\$1,520,000	\$190,000			\$0	\$0			\$1,520,000	\$37,100		\$0	\$0
Ciudad: SAN GIL Depto: SANTANDER (1 Afiliados)					\$1,520,000	\$243,200			\$1,520,000	\$190,000			\$0	\$0			\$1,520,000	\$37,100		\$0	\$0
1	CC 37897046	MELGAREJO GLADYS	25-14	30	\$1,520,000	\$243,200	EPS044	30	\$1,520,000	\$190,000		0	\$0	\$0	14-23	30	\$1,520,000	\$37,100	0	\$0	\$0
Total Afiliados (1)					\$1,520,000	\$243,200			\$1,520,000	\$190,000			\$0	\$0			\$1,520,000	\$37,100		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 37897046		MELGAREJO BALLESTEROS GLADYS HELIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 12 N. 9-51 PISO 3	SAN GIL-SANTANDER	7248265	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-07	2020-07	1000000615	9408787178	I	2020/08/13	2020/08/19	BANCO BOGOTA	0	\$470,300

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$243,200	\$0	\$0	\$243,200	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$243,200	\$0	\$0	\$243,200	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$37,100	\$0	\$0	\$37,100	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$37,100	\$0	\$0	\$37,100	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$190,000	\$0	\$0	\$190,000	
MEDIMAS EPS	EPS044	901,097,473	5	1	\$190,000	\$0	\$0	\$190,000	
TOTAL				1	\$470,300	\$0	\$0	\$470,300	

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

San Gil, 31 de 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:

R.C.	1238838091	VERONICA PLATA MELGAREJO	HIJA
------	------------	--------------------------	------

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,

Gladys H. Melgarejo B.

FIRMA

Nombre: GLADYS HELIANA MELGAREJO B

C.C.37.897.046 SAN GIL

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

1
2
3
4
5
6
7
8
9
0
A
B
C
D
E
F
G
H
I
J
K
L
M
N
O
P
Q
R
S
T
U
V
W
X
Y
Z

NUPI 1238838091 **REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO** Indicativo Serial 152667980

Datos de la oficina de registro de oficina

Registraduría ☐	Notaría ☐	Número <input type="text"/>	Consulado ☐	Corregimiento ☐	Inspección de Policía ☐	Código <input type="text"/>
--	----------------------------------	-----------------------------	------------------------------------	--	--	-----------------------------

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

B 5 U

Primer Apellido SANTANDER Segundo Apellido SAN GIL CLIN. SANTA CRUZ DE LA LOMA S.A.

Nombre(s) PLATA MELGAREJO

Fecha de nacimiento Año Mes Día 2 0 1 8 E N E Sexo (en letras) O Grupo sanguíneo POSITIVO Factor RH

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

COLOMBIA - SANTANDER - SAN GIL - SAN GIL CLIN. SANTA CRUZ DE LA LOMA S.A.

Declaración de testigos * * * * * Número certificado de nacido vivo *

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO * * * * * 14342347-3 * * * * *

Documento de Identificación (Clase y número) MELGAREJO BALLESTEROS GLADYS HELIANA * * * * * Nacionalidad

Cédula de ciudadanía 97046 * * * * * COLOMBIA * * * * *

Documento de Identificación (Clase y número) PLATA PINEDA PEDRO AGUSTIN * * * * * Nacionalidad

Cédula de ciudadanía 74 * * * * * COLOMBIA * * * * *

Documento de Identificación (Clase y número) PLATA PINEDA PEDRO AGUSTIN * * * * * 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 Mes Día 2 0 1 8 E N E 0 5 Nombre y firma del funcionario que autoriza OSCAR MAURICIO BAPTISTA LASPRL

Reconocimiento paterno Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento OSCAR MAURICIO BAPTISTA LASPRL

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS: DE FECHA: 05/01/2018

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -