

 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 - SERVICIOS PRESTA		Fecha Elaboración	Septiembre de 2020
			Versión	AGOSTO 2020 - 5,20
			ID de Proceso	61863-729669
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista:		ALEJANDRA CECILIA MEJIA AGUDELO		C.C.
Correo electrónico contratista:		alejamejia@misena.edu.co		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		Inducción SST
				SI
Banco al cual consignar:		BANCO BBVA		Presta Servicios Excluidos de IVA ?
				NO
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:		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:	1344993/2020	N° Compromiso SIIF	13520	
Valor Total del Contrato	\$ 33.353.320	N° Pago	8	Periodo objeto de pago
Saldo Anterior del Contrato	\$ 7.580.300	Del	01/09/2020	Al
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 3.790.150	Comisiones	\$ 0,00	30/09/2020
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	Septiembre	Agosto	Valor Base retención en la fuente	2.234.201,00
Ingreso Base de Cotización - IBC	1031966233		Valor Base retención en la fuente ICA	3.357.950,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 1.516.060	\$ 1.516.060	Valor base IVA	0,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 189.600	\$ 189.600	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ 242.600	\$ 242.600	Menos Retención en la Fuente	0,00
ARL	\$ -	\$ -	Menos Retención IVA	0,00
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ 8.000	\$ 8.000	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	\$ -	\$ -	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				
Durante el mes en curso realice las siguientes funciones: a. Presté los servicios Impartiendo formación profesional integral a los aprendices en el programa de la Regular impartir formación profesional para las fichas: 1963095, 2022827-1, 2144458, 2189357				
PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:			ALEJANDRA CECILIA MEJIA AGUDELO EL CONTRATISTA	
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.				
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.				
			JUAN CARLOS DIAZ POSADA 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, septiembre 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:

T.I.	1116071383	BRAYAN STEVEN CALDERON MEJIA	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: Alejandra Cecilia Mejía Agudelo

C.C 38.790.099

GRF-F-063 V.02

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO **1.116.071.383**

CALDERON MEJIA

APELLIDOS

BRAYAN STEVEN

NOMBRES

Brayan Steven

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO

TULUA
(VALLE)

17-OCT-2005

LUGAR DE NACIMIENTO

17-OCT-2023

FECHA DE VENCIMIENTO

26-NOV-2012 TULUA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

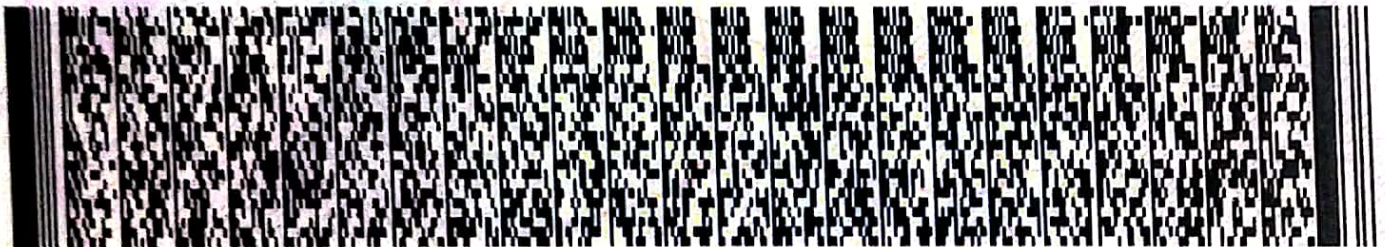
O+

M

G S RH

SEXO

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-3110600-00414232-M-1116071383-20121130

0031791726A 1

3012132512

Simple

PAGOSIMPLE | Prefectura

Fecha creación reporte: 2020-08-18, 05:55:18 PM Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Período Cotización: agosto de 2020

Período Servicio: agosto de 2020

20/09/18 14:39 838 002 0134 26035
Referencia pago (PIN): 8817522060

Fecha límite de pago: 2020-09-22

GUARDADA 18/08/2020

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ALEJANDRA CECILIA MEJIA AGUDELO				
Documento	CC38790099	Dirección	CALLE 28 C 37 40		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3183762265		
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO	Total Afiliados	1
Ciudad	TULUA	Departamento	VALLE DEL CAUCA		
Representante Legal		Identificación			

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, SIMPLE S.A.; da por entendido que el aportante está de acuerdo con la información suministrada, en consecuencia cualquier inconsistencia con las administradoras serán responsabilidad del aportante.

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades										Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total							
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	TAE	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IBE	LMA	VAC	VAP	VIP	Días AFP	Días EPS	Días ARS	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Administradora	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 38790099	MEJIA AGUDELO ALEJANDRA CECILIA	59	00														0	30	30	30	COLPENSIONES	≈ 1,516,060	≈ 242,600	S.O.S EPS	≈ 1,516,060	≈ 169,600	POSITIVA DE SEGUROS	≈ 1,516,060	≈ 8,000	COMFANDI	≈ 1,516,060	≈ 30,400	≈ 0	≈ 0	≈ 0	≈ 0	≈ 470,600

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes FSP	Aportes FSS	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes SENA	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	Incapacidades, Licencias, Saldos	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE	TOTAL INTERESES	TOTAL FINAL
1,516,060	1,516,060	1,516,060	1,516,060	242,600	0	0	169,600	8,000	30,400	0	0	0	0	0	0	470,600	0	470,600

IV. INFORMACION

Día hábil de pago sin mora		Período de cotización salud											
		Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
	16	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Cafam-Colsubsidio-Mercadogruerías Cafam-Colsubsidio-



888817522060000000991231

COMFANDI
NIT 890.303.208-6

Señor aportante recuerde realizar el pago de sus aportes al Sistema General de Seguridad Social dent servicios con sus admi

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Carta
¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Protege

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

999919 recaudo sim-202008 470.600 H
VALOR : 470.600
FECHA DOC.: 20200918
NIT : 1031966233
PIN : 8817522060
PLANILLA : 1031966233
PERIODO : 202008

TOT 470.600

Efectivo 470.600
CAMBIO 0

ancompartir



00000000(96)20991231

cias en la prestación de los

Página 1 de 1

País: 018000 971 971 -

¡El Poder
de lo SIMPLE!