

 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	98226-594651
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista:		CLAUDIA PATRICIA BARON PARRA cbaronp@sena.edu.co		C.C.
Correo electrónico contratista:				IP/N° de contacto
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
		NO		Presta Servicios Excluidos de IVA ?
		NO		
Banco al cual consignar:		BANCO CAJA SOCIAL		Tipo de cta
		AHORROS		N° Cuenta
		24036461066		
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:		1422617/2020		N° Compromiso SIIF
		35720		
Valor Total del Contrato		\$ 33.732.335		Periodo objeto de pago
Saldo Anterior del Contrato		\$ 15.792.292		Del
Nuevo Saldo del Contrato		\$ 12.002.142		Al
		01/08/2020		31/08/2020
		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°
Ingresos por comisiones		\$ 0		Retención en la Fuente del Periodo
Ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO		\$ 3.790.150		Menos, Rete Fuente Otros Ingresos
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 2.234.201		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
		8608782403		
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.516.060		Valor Base retención en la fuente
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 189.600		Valor Base retención en la fuente ICA
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 242.600		Valor base IVA
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -		IVA (Si es RESPONSABLE)
ARL II		\$ 15.900		Menos Retención en la Fuente
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ -		Menos Retención IVA
Aportes voluntarios a cuentas AFC		\$ -		Reteica - 8299
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.128.000		\$ -		
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.560.700		\$ -		Otras Retenciones
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -		Otras Retenciones
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -		Otras Retenciones
Aportes A.R.L. de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -		Otras Retenciones
Dependientes hasta \$ 1.139.424		\$ 379.015		Descuentos de Libranza
Salud hasta \$ 569.712		\$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)
Renta Exenta 25% \$ 8.545.680		\$ 744.734		
Retención en la Fuente Contingente		\$ -		VALOR A PAGAR
				\$ 3.790.150,00
SON: TRES MILLONES SETECIENTOS NOVENTA MIL CIENTO CINCUENTA PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
impartir formación de las fichas 2149681,2149671,2149672,2149673 y 2149674 Técnicas de comunicación en el nivel Gerencial compe Proces ar información de acuerdo con las necesidades de la organización. resul: Generar procesos de comunicación asertiva interna y externa, y el clima org. fechas: 03-08-2020 hasta 07-08-2020 Fichas 2149681 8:00 - 9:59 horas 10, ficha 2149671 10:00- 11:59 horas 10, 2149672 12:00 - 13:59 horas 10, ficha: 2149673 14:00- 15:59 horas 10,ficha: 2149674 16:00- 17:59 horas 10 y impartir formación fichas 2167917 y 2167928 de indicadores de gestión compe: Controlar el desarrollo de las actividades según indicadores de gestión, resultado Conocer el significado de medición, 2167917: 8:00-9:59 a.m horas 32, 2167928 10:00- 11:59 horas 32 y impartir formación fichas:2167929 y 2167930 de toma de decisiones en el nivel gerencial,compe: información de los procedimientos técnicos y/o administrativos resul: 2167929 14:00 - 15:59 horas. 32 y 2167930 16:00- 17:59 horas 32 total horas 178 académicas de mes de agosto de 2020				
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.				
CLAUDIA PATRICIA BARON PARRA 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 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)				

RAZON SOCIAL :	CLAUDIA PATRICIA BARON PARRA
IDENTIFICACION:	CC-1101074420
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2020-08-19
FECHA LIMITE DE PAGO:	2020-08-06
FECHA DE PAGO:	2020-08-18
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE OCCIDENTE
PERIODO PENSION:	2020-07
PERIODO SALUD:	2020-07
NUMERO PLANILLA:	8608782403
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8601123441
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	\$ 1.517.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 189.700	\$ 189.700
230301	800224808	PORVENIR	1	\$ 1.517.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 242.800	\$ 242.800
14-23	860011153	POSITIVA	1	\$ 1.517.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 15.900	\$ 15.900
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 448.400	\$ 448.400

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	04/09/2020
----------------------------------	------------

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

San Gil, 31 de Agosto 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.	1.101.623.495	GISETH YULIANA BARRAGAN BARON	HIJO
-------------	----------------------	--------------------------------------	-------------

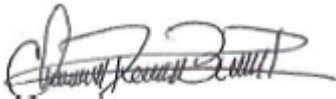
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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: Claudia Patricia Barón Parra

C.C. 1101074420

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

5094936E*

NUIP	1101623495	REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO	Indicativo Serial	39364805
------	------------	---------------------------------	----------------------	----------

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina				
Registraduría	Notaría ☒	Número 02	Consulado	Corregimiento
Inspección de Policía				
Código R	6	H		
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía				
COLOMBIA* SANTANDER* SAN GIL (NOTARIA SEGUNDA)*****				

Datos del inscrito	
Primer Apellido	Segundo Apellido
BARRAGÁN *	BARÓN *
Nombre(s)	
***** GISETH YULIANA *****	
Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)
Año 2007 Mes OCT Día 20	FEMENINO
Grupo Sanguíneo	Factor RH
O	POSITIVO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)	
COLOMBIA* SANTANDER* SAN GIL (CLINICA SANTA CRUZ DE LA LOMA) *	

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO *****	A 7774582 *****

Datos de la madre	
Apellidos y nombres completos	
BARÓN PARRA CLAUDIA PATRICIA *****	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 1.101.074.420 DE VILLANUEVA *****	*COLOMBIANA *

Datos del padre	
Apellidos y nombres completos	
BARRAGÁN BUENO YAHIRCINIO *****	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 1.095.700.067 DE BARICHARA *****	COLOMBIANA ** *

Datos del declarante	
Apellidos y nombres completos	
BARRAGÁN BUENO YAHIRCINIO *****	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. No. 1.095.700.067 DE BARICHARA	(FDO) *****

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	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2008 Mes FEB Día 04	OSCAR RENE DURAN ACEVEDO
	Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS	
Esta act a reemplaza a la que aparece al indicativo serial No. 39364704 de Octubre 23 del 2007, por corrección en el No. de la cc del padre de la inscrita en la casilla del declarante, a solicitud presentada por escrito.	
San Gil, Febrero-04 del 2008	

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -