SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL SANTANDER
CENTRO TURISTICO Y AGROEMPRESARIAL-SANTANDER

Código Regional	**68**
Código Centro	**954110**
Fecha Elaboración	**30 septiembre de 2020**
Versión	**AGOSTO 2020 - 5,20**
ID de Proceso	**73117-401930**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: ALBA YANETH CORTES ESTEVEZ
Correo electrónico contratista: ayacoes@misena.edu.co
C.C. 63.477.792 **IP/Nº de contacto** 3102573611

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** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** NO

Banco al cual consignar: BANCOLOMBIA **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 60675378292

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

Nº del contrato: 1330220/2020 **Nº Compromiso SIIF** 7620

Valor Total del Contrato	$ 30.321.200	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 4.042.827	**8**	**Del**	**01/09/2020**	**Al**	**30/09/2020**	**$ 3.790.150,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 252.677		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.790.150		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0		Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 3.790.150**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
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

	Septiembre	Agosto
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**8608618577**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.516.060	$ 1.516.060
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 189.600	$ 189.600
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 242.600	$ 242.600
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 15.900	$ 15.900
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	$ 379.015	
Salud hasta $ 569.712	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 744.734	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.234.201,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.357.950,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299	0,00	0,600%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
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

Ficha:1871531,1861854,1859258 tecnico en produccion agropecuaria,Actividad de Aprendizaje: Diseñor racion según espoeciefase prodiucti propositos y criterios tecnicosfechas2,3,4,9.10,11,16,17,18,23,24,25,y 30 de septiembre de 2020, municipios de Suaita, hato y gambita
Fichas:2170367,2170367 Complementaria en adecuacion de estanques piscicolas,verificar cada uno de los procesos de adecuación con base base en los protocolos establecidos por la empresa y de acuerdo a criterios técni, fechas5,6,12,13,19,20,26,27 de septiembre de 2020
Ficha:2165933, complementaria en tecnicas para el establecimiento y manejo de la agricultura urbana,Actividad de Aprendizaje: Evalúa l labores culturales realizadas en procesos, analiza y define practicas a realizar en campo, fechas 7 y 14 de septiembre de 2020
seguimeinto de etapa productiva,Ficha:1871531,1861854,1859258 tecnico en produccion agropecuaria,Actividad de Aprendizaje: Verificar en las unidades agropecuarias de la región la aplicación de las técnicas y técnologias sostenibles e innovadoras de acuerdo a la a la normatividad vigente.los dias 3,4,9,11 de septiembre de 2020 municipios del suaita,hato,gambita

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.

ALBA YANETH CORTES ESTEVEZ
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.

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,

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)

PLANILLA NRO. 8608618577 Tipo I 2020 08

ASOPAGOS

DATOS GENERALES

TIPO	NÚMERO	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	TIPO PRESENTACIÓN	SUCURSAL / DEPENDENCIA	CÓDIGO	PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	NÚMERO PLANILLA	REFERENCIA DE PAGO (PIN)	TIPO EMPRESA	CLASE APORTANTE	CÓDIGO ARL	CÓDIGO OPERADOR
CC	63477792	ALBA YANETH CORTES ESTEVEZ	ÚNICO	0	0	2020-08	2020-08	8608618577	8653609536	PRIVADA	I	14-23	86

DIRECCIÓN	CIUDAD / MUNICIPIO	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CÓDIGO	TELÉFONO	FAX	CORREO ELECTRÓNICO	ACTIVIDAD ECONÓMICA	VALOR NÓMINA	TOTAL EMPLEADOS	FECHA DE PAGO	FECHA LIMITE DE PAGO
KR 9 10 19	SOCORRO	755	SANTANDER	68	7248113	7248113	ayacoes@misena.edu.co	7490	0	1	2020-08-18	2020-09-21

TOTAL APORTES A SALUD POR ADMINISTRADORA

CÓD / NOMBRE EPS	NIT EPS	COT OBLIGATORIA	UPC ADICIONAL	# AUT INC	VALOR INC	# AUT LIC	VALOR LIC	NETO COT	DÍAS MORA	INTERESES	INTERESES UPC	SUBTOTAL COT	SUBTOTAL UPC	NÚM RAD ANTERIOR	SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR UPC	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS
EPS037	900156264	189700	0	0	0	0	0	189700	0	0	0	189700	0	0	0	0	189700	1

TOTAL APORTES A PENSIÓN POR ADMINISTRADORA

CÓD / NOMBRE AFP	NIT AFP	COT OBLIGATORIA	COT VOL AF	COT VOL AP	FONDO SOL	DÍAS MORA	INTERESES	INTERESES FONDO SOL	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS
25-14	900336004	242800	0	0	0	0	0	0	242800	1

TOTAL APORTES A RIESGOS LABORALES

CÓD / NOMBRE ARL	NIT ARL	COT OBLIGATORIA	# AUT INC	VALOR INC	OTROS RIESGOS	NETO COT	DÍAS MORA	INTERESES	SUBTOTAL APORTES	NÚM RAD ANTERIOR	SALDO FAVOR	FONDO SOL	TOTAL PAGAR
14-23	860011153	15900	0	0	0	15900	0	0	15900	0	0	0	15900

TOTAL APORTES A ESAP

VALOR	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL A PAGAR
0	0	0	0

TOTAL APORTES A MINISTERIO

VALOR	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL A PAGAR
0	0	0	0

TOTAL APORTES A CAJAS POR ADMINISTRADORA

CÓD / NOMBRE CCF	NIT CCF	VALOR APORTE	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS
SINCCF	0	0	0	0	0	1

TOTAL APORTES A ICBF Y SENA

ICBF

VALOR	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS
0	0	0	0	0

SENA

VALOR	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS
0	0	0	0	0

NÚMERO ADMINISTRADORAS	
PENSIONES	1
SALUD	1
RIESGOS LABORALES	1
CAJAS COMPENSACIÓN	0

TOTAL A PAGAR POR ADMINISTRADORA	
PENSIONES	242800
SALUD	189700
RIESGOS LABORALES	15900
CAJAS COMPENSACIÓN	0
SENA	0
ICBF	0
ESAP	0
MINISTERIO	0
GRAN TOTAL	448400

PAGADO

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

San Gil , 30 de septiembre de 2020

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
San Gil

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:

C.C.	**28.267.774**	**MARGARITA ESTEVEZ DE CORTES**	**MADRE**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Padre o hermano que se encuentra en situación de dependencia, por ingresos en el año menores a 260 UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.

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: ALBA YANETH CORTES ESTEVEZ

C.C. 63.477.792 DE OIBA


FECHA DE NACIMIENTO 10-JUL-1959
OIBA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.55
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
27-JUL-1979 OIBA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
A-2714500-00156092-F-0028267774-20090512
0011420603A 1
26364484


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 28.267.774
ESTEVEZ De CORTES
APELLIDOS
MARGARITA
NOMBRES
FIRMA

Oiba 27 de Julio del año 2020

MARIA SMITH ACEVEDO FAJARDO

Contador Público

T.P. 175978-T

Celular: 312 3899752

E-mail: Smith-0101@hotmail.com

El Suscrito Contador Público

CERTIFICA

Que para los efectos de la norma establecida en el numeral 4 del parágrafo 2 del artículo 387 del E.T, modificado por el artículo 15 de la ley 1607 de 2012, y el parágrafo cuatro del artículo segundo del Decreto 0099 de 2013, la Señora MARGARITA ESTEVEZ DE CORTES identificada con cedula de ciudadanía 28.267.774 expedida en el Municipio de Oiba Santander quien es la Madre de la señora ALBA YANETH CORTES ESTEVEZ identificada con cedula de ciudadanía 63. 477.792 expedida en Oiba Santander.

Que en la actualidad la señora MARGARITAESTEVEZ DE CORTES no obtiene ingresos propios por lo cual se cumplen los criterios para figurar como dependiente de la señora ALBA YANETH CORTES ESTEVEZ.

Se expide en Oiba, por solicitud de la interesada con destino al SENA; para efectos de tener en cuenta la aplicación de la deducción por dependientes de la base gravable sujeta a retención en la fuente de los ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales que asisten en virtud a la normatividad vigente

María Smith Acevedo Fajardo

C.C. 30016596

Scanned with CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 30016596

ACEVEDO FAJARDO
APELLIDOS

MARIA SMITH
NOMBRES

Maria smith acevedo F

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 19-DIC-1981

OIBA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

12-JUN-2000 OIBA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

P-2714500-59084181-F-0030016596-20001005 13572 00278A 03 094365810

Scanned with CamScanner

República de Colombia
Ministerio de Comercio Industria y Turismo

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO

175978-T



MARIA SMITH
ACEVEDO FAJARDO
C.C. 30016596
RESOLUCION INSCRIPCION 081 **FECHA 21/02/2013**
UNIVERSIDAD LIBRE

VICEPRESIDENTE

CARLOS ARTURO BERNAL CHAPARRO **187578**

FIRMA DEL TITULAR **103452**

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990.
Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla al Ministerio de Comercio Industria y Turismo - Junta Central de Contadores.

Scanned with CamScanner