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	**30 septiembre de 2020**
Versión	**AGOSTO 2020 - 5,20**
ID de Proceso	**68090-358633**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: CLAUDIA PATRICIA BARON PARRA
Correo electrónico contratista: cbaronp@sena.edu.co
C.C. 1.101.074.420 **IP/Nº de contacto** 0

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: BANCO CAJA SOCIAL **Tipo de cta** AHORROS **Nº 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: 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: 1422617/2020 **Nº Compromiso SIIF** 35720

Valor Total del Contrato	$ 33.732.335	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**			**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 12.002.142	**7**	**Del**	**01/09/2020**	**Al** 30/09/2020	**$ 3.790.150,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 8.211.992		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	----------	**8609147909**
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

impartir formación de las fichas2167917 y 2167928 de indicadores de gestión compete: Controlar el desarrollo de las actividades según según indicadores de gestión, resultados aprendizaje y la competencia
Conocer el significado de medición, 2167917: 8:00-9:59 a.m horas 8, 2167928 10:00- 11:59 horas 8 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. 8 y 2167930 16:00- 17:59 horas 8 total horas: 32 horas total
impartir formación de las ficha:2188110, 2188111, 2188112 y 2188113 CRM- la administración de la relación con los clientes.
competencia gestionar las relaciones con los clientes mediante los canales de comunicación existentes resultado de aprendizaje
horarios 2188110 8:00- 9:59 a.m horas 36, 2188111 10:00- 11:59 a.m horas 36, 2188112 14:00- 15.59 horas 36 2188113 horas 36
total horas 176 de academicas del mes septiembre 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.

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)

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL :	CLAUDIA PATRICIA BARON PARRA
IDENTIFICACION:	CC-1101074420
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2020-09-20
FECHA LIMITE DE PAGO:	2020-09-04
FECHA DE PAGO:	2020-09-10
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE OCCIDENTE
PERIODO PENSION:	2020-08
PERIODO SALUD:	2020-08
NUMERO PLANILLA:	8609147909
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

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	06/10/2020

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

San Gil, 30 de 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.	**1.101.623.495**	**GISETH YULIANA BARRAGAN BARON**	**HIJO**

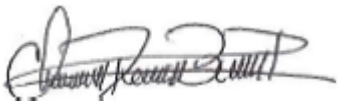
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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

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

NUIP 1101623495

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 39364805

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] 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)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2007 Mes OCT Día 20	FEMENINO	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~~

FESA S.A. NIT. 899.321.151-0

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

* 39364805 *