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	**30099-617632**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: SILVIA GONZALEZ GUALDRON
Correo electrónico contratista: sgualdron@sena.edu.co
C.C. 37.946.849 **IP/Nº de contacto** 3124047893

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 BBVA **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 839020567

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: 1330494/2020 **Nº Compromiso SIIF** **6720**

Valor Total del Contrato	$ 37.648.823	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**			**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 11.370.450	**8**	**Del**	**01/09/2020**	**Al** **30/09/2020**	**$ 3.790.150,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 7.580.300		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	----------	**215212438**
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

FIC 1869784 PROG Tco en Sistemas. AA.Comprobar la situación COMP: Realizar mantenimiento 1,3,8,10,15,17,22,24,29 de septiembre de 13-18 5 H. Etapa prod 2,9 de septiembre de 7-12 10 H Total horas 55
FIC 1869768 PROG Tco en Sistemas. AA. Comprobar la situación COMP: Realizar mantenimiento 5,12,19,26 de septiembre de 06:30-12:30 y 13:30-17:30 40 H Etapa prod 7 de agosto de de 06:30-12:30 y 13:30-17:30 10 H. Total horas 50
FIC: 2064400 PROG Tco en Sistemas AA Realiza procedimiento COMP: Atender requerimientos 2,9,16,23,30 de septiembre de 13:00:-18:00 25 H. Etapa prod 14,21,28 de septiembre de 7-12 15 H. Total horas 40
FIC: 2062895 PROG Tco en Sistemas. AA Realiza procedimiento COMP: Atender requerimientos 4,11,18,25 de septiembre 14:00-19:00 20 H

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.

SILVIA GONZALEZ GUALDRON
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 INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	37946849
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			SILVIA GONZALEZ GUALDRON
CIUDAD/MUNICIPIO:	SOCORRO	DEPARTAMENTO:	SANTANDER
DIRECCIÓN:	CARRERA 8 NO. 14-22	TELÉFONO:	7299259
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			**215212438**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	agosto	AÑO 2020	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES agosto AÑO 2020
DÍAS DE MORA:			0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2020/09/09	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	397862

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 242.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 242.800	$ 0	$ 242.800
SUBTOTALES:										**$ 242.800**	**$ 0**	**$ 242.800**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 189.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 189.700	$ 0	$ 0	$ 189.700
SUBTOTALES:													**$ 189.700**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 189.700**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 15.900	$ 15.900	$ 0	$ 0	$ 15.900
SUBTOTALES:									**$ 15.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 15.900**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																		SEGURIDAD SOCIAL																								PARAFISCALES						
																											PENSIÓN								SALUD						ARP																	
																														FSP		APORTES VOLUNTARIOS																											
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
																																																				ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 37946849	GONZALEZ GUALDRON SILVIA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.517.000				NO																		25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.517.000	$ 242.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 242.800	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.517.000	$ 189.700	$ 0	$ 189.700	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.517.000	37946849	$ 15.900		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 448.400**

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:

C.C.	**1005482578**	**SILVIA GONZALEZ GUALDRON**	**HIJO**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Hijo entre 18 y 23 años, y me encuentro financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES ' o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados

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: SILVIA GONZALEZ GUALDRON

C.C. 37946849 de Socorro



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.005.482.578

CASTRO GONZALEZ

APELLIDOS

SILVIA MARGARITA

NOMBRES

Silvia Castro

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 10-FEB-2001

SOCORRO
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.67
ESTATURA

A+
G.S. RH

F
SEXO

12-MAR-2019 SOCORRO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

ÍNDICE DERECHO

P-2719900-01081293-F-1005482578-20190708

0066054390A 3

53647651

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

NUIP 86L0300124

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 31029001

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código B 6 1

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

REGISTRADURIA DE SOCORRO COLOMBIA SANTANDER SOCORRO

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ASTRO	GONZALEZ

Nombre(s)

SILVIA MARGARITA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2001 Mes FEB Día 10	FEMENINO	A	

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

COLOMBIA SANTANDER SOCORRO

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO NACIDO VIVO	A2466490

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

GONZALEZ GUALDRON SILVIA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 0037946849	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

CASTRO RODRIGUEZ LUIS FERNANDO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 0007314772	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

CASTRO RODRIGUEZ LUIS FERNANDO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CEDULA DE CIUDADANIA 0007314772	Luis Fernando Castro R.

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 2001 Mes MAR Día 07	ISABEL PEREZ PALOMINO Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

NUIP 1005482578

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Escaneado con Ca

UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER - SEDE SOCORRO

CERTIFICADO VALOR MATRICULA

NIT 890.201.213-4

ESTUDIANTE : 2184174 CASTRO GONZALEZ SILVIA MARGARITA

CARRERA : 23 INGENIERIA INDUSTRIAL

VALOR MATRICULA (ORDINARIA)	:	1,710,592	
ABONO	:	1,710,592	Pago matricula SIN SALUD
SALDO	:	0	

CORRESPONDIENTE AL SEGUNDO SEMESTRE DE 2020

FECHA : Sep/21/2020

COORDINADOR

LIQUIDADOR