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	**27939-172732**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: YENNY PATRICIA RODRIGUEZ ATUESTA
Correo electrónico contratista: yerodrigueza@sena.edu.co
C.C. 37.898.317 **IP/Nº de contacto** 73876

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: DAVIVIENDA **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 488403300061

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: 1330915/2020 **Nº Compromiso SIIF** 7120

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	----------	**9409684832**
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 1848171 PROGRAMA:Tco Sistemas AA:Comprobar la situación de operatividad del equipo empleando htas software COMP:Aplicar htas ofimáticas redes sociales y colabor. FECHA:4,5,11 de 7-12 m HR:15 AA:Instalar red de datos estructurada COMP:Implementar la estructura de la red FECHA: 18,19 25,26 de 7-12 m HR:20 AA:Usar herramientas tecnológicas, aplicar procedimientos y habilidades COMP:Resultados de aprendizaje etapa practica FECHA: 2,30 de 7-12 m HR:10 FICHA 1852609 PROGRAMA:Tco Sistemas AA:Comprobar la situación de operatividad del equipo emp htas software COMP:Aplicar htas ofimáticas FECHA:2,7,9 de 14:00-19:00 HR:15 AA:Instalar red de datos estructurada COMP:Implementar la estructura de la red FECHA:14,16,21,23, 28 de 14:00-19:00 HR:25 AA:Usar herramientas tecnológicas, aplicar procedimientos y habilidades COMP:Resultados de aprendizaje etapa practica FECHA:7-12 m HR:10 FICHA 2065260 PROGRAMA:Tco Sistemas AA:Realiza procedimiento de atenc a requerimiento FECHA:1,3 de 13:30-18:30 HR 10 AA:Realizar mantenimiento de hardware e instalar software COMP: Mantener equipos de com FECHA:8,10,15,17,22,24,29 de 13:30- 18:30 HR:35 AA:Usar herramientas tecnológicas, aplicar procedimientos y hab. COMP: etapa practica FECHA:15,29 de 7-12 m HR:10 TOTAL HR ACADEMICAS 160

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.

YENNY PATRICIA RODRIGUEZ ATUESTA
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)

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 37898317		RODRIGUEZ ATUESTA YENNY PATRICIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 11 No. 9-128 ESTE	SAN GIL-SANTANDER	7237509	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-08	2020-08	736057851	9409684832	I	2020/09/04	2020/09/08	BANCO DAVIVIENDA	4	$478,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC	37898317	RODRIGUEZ YENNY	230301	30	$1,517,000	$242,800	EPS044	30	$1,517,000	$189,700	CCF40	30	$1,517,000	$30,400	14-23	30	$1,517,000	$15,900	30	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					**$1,517,000**	**$242,800**			**$1,517,000**	**$189,700**			**$1,517,000**	**$30,400**			**$1,517,000**	**$15,900**		**$0**	**$0**

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$242,800	$0	$0	$242,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$242,800	$0	$0	$242,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$15,900	$0	$0	$15,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$15,900	$0	$0	$15,900
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$30,400	$0	$0	$30,400
COMFENALCO SANTANDER	CCF40	890,201,578	7	1	$30,400	$0	$0	$30,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$189,700	$0	$0	$189,700
MEDIMAS EPS	EPS044	901,097,473	5	1	$189,700	$0	$0	$189,700
TOTAL				1	$478,800	$0	$0	$478,800

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.	**1101262055**	**María Camila Dulcey Rodríguez**	**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: __YENNY PATRICIA RODRIGUEZ ATUESTA__

C.C. ___37898317_____

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1101262055

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 39396881

3939688

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 01 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código R 5 H

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

COLOMBIA * SANTANDER * SAN GIL (**NOTARÍA PRIMERA**)

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
DULCEY	RODRIGUEZ

Nombre(s)

MARIA CAMILA

Fecha de nacimiento: Año	Mes	Día	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
2013	SEP	06	FEMENINO	A	POSITIVO

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

COLOMBIA * SANTANDER * SAN GIL

Tipo de documento antecedentes	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MÉDICO	11950673-5

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

RODRIGUEZ ATUESTA YENNY PATRICIA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C No. 37.898.317 DE SAN GIL	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

DULCEY DIAZ MIGUEL ANGEL

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 91.075.655 DE SAN GIL	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

DULCEY DIAZ MIGUEL ANGEL

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. No. 91.075.655 DE SAN GIL	

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 2013 Mes SEP Día 11	ANGELA YOLIMA SANCHEZ ACUÑA NOTARIA PRIMERA DEL CIRCULO DE SAN GIL Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -