

 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	Octubre de 2020
			Versión	AGOSTO 2020 - 5,20
			ID de Proceso	94003-831825

DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista: SILVIA GONZALEZ GUALDRON		C.C. 37.946.849	IP/N° de contacto 3124047893	
Correo electrónico contratista: sgualdron@sena.edu.co				
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	N° 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				
N° del contrato: 1330494/2020	N° Compromiso SIIF 6720			
Valor Total del Contrato \$ 38.912.206	N° Pago 9	Periodo objeto de pago		Valor Bruto Pago \$ 3.790.150,00
Saldo Anterior del Contrato \$ 8.843.683	Del 01/10/2020	Al 31/10/2020		
Nuevo Saldo del Contrato \$ 5.053.533	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° 0,00%			
Ingresos por comisiones \$ 0	Retención en la Fuente del Periodo \$ 0			
Ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ 0	Menos, Rete Fuente Otros Ingresos \$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO \$ 3.790.150	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO \$ 0			
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 2.234.201				

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	Octubre	Septiembre	Valor Base retención en la fuente 2.234.201,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC \$ 1.516.060	215352035	215352035	Valor Base retención en la fuente ICA 3.357.950,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud \$ 189.600	\$ 1.516.060	\$ 1.516.060	Valor base IVA 0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión \$ 242.600	\$ 189.600	\$ 189.600	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional \$ -	\$ 242.600	\$ 242.600	Menos Retención en la Fuente 0,00	0,00%
ARL II \$ 15.900	\$ -	\$ 0	Menos Retención IVA 0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias \$ -	\$ 15.900	\$ 15.900	Reteica - 8299 0,00	0,600%
Aportes voluntarios a cuentas AFC \$ -	\$ -	\$ -	Otras Retenciones 0,00	0,000%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.128.000 \$ -	\$ -	\$ -	Otras Retenciones 0,00	0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.560.700 \$ -	\$ -	\$ -	Otras Retenciones 0,00	0,000%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ -	\$ -	\$ -	Otras Retenciones 0,00	0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ -	\$ -	\$ -	Otras Retenciones 0,00	0,000%
Aportes A.R.L. de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ -	\$ -	\$ -	Otras Retenciones 0,00	0,000%
Dependientes hasta \$ 1.139.424 \$ 379.015	\$ -	\$ -	Descuentos de Libranza 0,00	
Salud hasta \$ 569.712 \$ -	\$ 379.015	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00	
Renta Exenta 25% \$ 8.545.680 \$ 744.734	\$ -	\$ -	VALOR A PAGAR \$ 3.790.150,00	
Retención en la Fuente Contingente \$ -	\$ -	\$ -		

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. Realizar el proceso de verificación COMP: Implementar la estructura de la red 1,6,8,13,15,20, 22,27,29 de octubre de 13-18 45 H. Etapa prod 14 de octubre de 7-10 3 H Total horas 48. FIC 1869768 PROG Tco en Sistemas. AA. Realizar el proceso de verificación COMP: Implementar la estructura de la red 3,17,24,31 de octubre de 06:30-12:30 y 13:30-17:30 40 H Etapa prod 5 de octubre de 07:00-12:00 y 13:00-16:00 8 H. Total horas 48. FIC: 2062895 PROG Tco en Sistemas. AA Realiza procedimiento COMP: Atender requerimientos 2 de octubre 14:00-19:00 5 H AA Realiza procedimiento COMP: Atender requerimientos 9,16,23,30 de oct 14:00-19:00 20 H. FIC: 1871532 PROG Tco en equipos electrónicos industriales AA Desarrolla planes de mantenimiento preventivo COMP: Corregir las fallas en sistemas electrónicos 19,26 de oct de 13:00 -18:00 10H. FIC: 2064400 PROG Tco en Sistemas AA Realiza procedimiento COMP: Atender requerimientos 7,14,21,28 de octubre de 13:00-18:00 20 H. Etapa prod 19,26, de octubre de 7-10 6 H y 7 de octubre de 8-11 3 H. Total horas 29	

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)

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 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

TOTAL	\$ 448.400
--------------	-------------------

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

San Gil, 30 de octubre 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

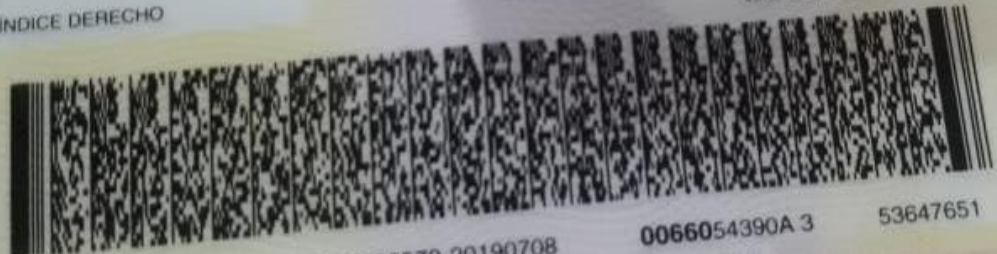


FECHA DE NACIMIENTO **10-FEB-2001**
SOCORRO
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.67
ESTATURA
A+
G.S. RH
F
SEXO
12-MAR-2019 SOCORRO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO



REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



P-2719900-01081293-F-1005482578-20190708
0066054390A 3
53647651

NUIP: E6L0300124

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo Serial: 31029001

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒	Notaría ☐	Número ☐	Consulado ☐	Corregimiento ☐	Inspección de Policía ☐	Código	R	6	J
---	----------------------------------	---------------------------------	------------------------------------	--	--	--------	---	---	---

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

REGISTRADURIA DE SOCORRO COLOMBIA SANTANDER SOCORRO*****

Datos del inscrito

Primer Apellido CASTRO*****		Segundo Apellido GONZALEZ*****	
Nombre(s) SILVIA MARGARITA*****			
Fecha de nacimiento Año: 2001 Mes: FEB Día: 10		Sexo (en letras) FEMENINO*****	Grupo sanguíneo A*****
Factor RH +*****			
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección) COLOMBIA SANTANDER SOCORRO*****			

Tipo de documento antecedente a Declaración de testigos CERTIFICADO NACIDO VIVO*****	Número certificado de nacido vivo A2466490*****
---	--

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos GONZALEZ GUALDRON SILVIA*****	
Documento de identificación (Clase y número) CEDULA DE CIUDADANIA 0037946849*****	Nacionalidad COLOMBIA*****

Datos del padre

Apellidos y nombres completos CASTRO RODRIGUEZ LUIS FERNANDO*****	
Documento de identificación (Clase y número) CEDULA DE CIUDADANIA 0007314772*****	Nacionalidad COLOMBIA*****

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos CASTRO RODRIGUEZ LUIS FERNANDO*****	
Documento de identificación (Clase y número) CEDULA DE CIUDADANIA 0007314772*****	Firma <i>Luis Fernando Castro R</i>

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 Año: 2001 Mes: MAR Día: 07	Nombre y firma del funcionario que autoriza <i>Isabel Pérez Palomino</i> ISABEL PEREZ PALOMINO*****
--	---

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

NOIP: 1005482578	ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

NIT 890.201.213-4

CARRERA : 23 INGENIERIA INDUSTRIAL

Pago matricula SIN SALUD

SALDO	:	0
-------	---	---

FECHA : Sep/21/2020

LIQUIDADOR