SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL SAN ANDRÉS
CENTRO DE FORMACION TURISTICA, GENTE DE MAR Y DE SERVICIOS -SAN AN

Código Regional	**88**
Código Centro	**953910**
Fecha Elaboración	**23 noviembre de 2020**
Versión	**AGOSTO 2020 - 5,20**
ID de Proceso	**28326-343573**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: JAQUELIN VERDOOREN BORRERO
Correo electrónico contratista: jverdooren@misena.gmail.com
C.C. 22.538.777 **IP/Nº de contacto** 0

Régimen del IVA: NO RESPONSABLE **Pertenece al régimen simple de tributación?** NO **Es declarante de renta?** SI **Es Pensionado?** NO

Sus ingresos en el 2019 Superaron $47.978.000 SI **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** NO

Banco al cual consignar: DAVIVIENDA **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 266070080814

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: 1359100/2020 **Nº Compromiso SIIF** **5220**

Valor Total del Contrato	$ 32.954.623	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 4.788.242	**10**	**Del**	**01/11/2020**	**Al**	**30/11/2020**	**$ 3.273.638,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 1.514.604		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.273.638	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	**$ 3.273.638**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.929.731**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**		**$ 0**

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR

	Noviembre	Octubre				
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**9412287514**	Valor Base retención en la fuente	1.929.731,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.309.455	$ 1.309.455	Valor Base retención en la fuente ICA	2.900.338,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 163.700	$ 163.700	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 209.600	$ 209.600	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL I	$ 6.900	$ 6.900	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 8299	1.450,00	0,050%
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -		-	0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.128.000	$ -		-	0,00	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.560.700	$ -		-	0,00	
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	$ 327.364		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 569.712	$ -				
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 643.244		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	**$ 3.272.188,00**	

SON: TRES MILLONES DOSCIENTOS SETENTA Y DOS MIL CIENTO OCHENTA Y OCHO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

IMPARTIR FORMACION
FICHA:2226052 - FORTALECIMIENTO DE LAS COMPETENCIAS BLANDAS PARA LA VIDA Y LA PRODUCTIVIDAD
FICHA:2226107 - APLICACION DE LA ETICA Y HABILIDADES SOCIALES EN EL CONTEXTO LABORAL
FICHA:2231446 - LIDERAZGO, MOTIVACIÓN Y TRABAJO EN EQUIPO

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.

JAQUELIN VERDOOREN BORRERO
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,

HAMILTON CORDOBA LONDOÑO
COORDINADOR ACADÉMICO DE PROGRAMAS ESPECIALES

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

LORENA ALDANA PEDROZO
DIRECTORA REGIONAL CON FUNCIONES DE SUBDIRECTORA DE CENTRO

aportes en línea

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 22538777		VERDOOREN BORRERO JAQUELIN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 15 barrio san francisco	SAN ANDRES-SAN ANDRES	5126212	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-10	2020-10	9412287514	9412287514	I	2020/11/20	2020/11/05	BANCO BOGOTA	0	$380,300

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
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,310,000	$209,600			$1,310,000	$163,800			$0	$0			$1,310,000	$6,900		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,310,000	$209,600			$1,310,000	$163,800			$0	$0			$1,310,000	$6,900		$0	$0
Ciudad: SAN ANDRES Depto: SAN ANDRES (1 Afiliados)					$1,310,000	$209,600			$1,310,000	$163,800			$0	$0			$1,310,000	$6,900		$0	$0
1	CC 22538777	VERDOOREN JAQUELIN	230301	30	$1,310,000	$209,600	EPS005	30	$1,310,000	$163,800		0	$0	$0	14-23	30	$1,310,000	$6,900	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,310,000	$209,600			$1,310,000	$163,800			$0	$0			$1,310,000	$6,900		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

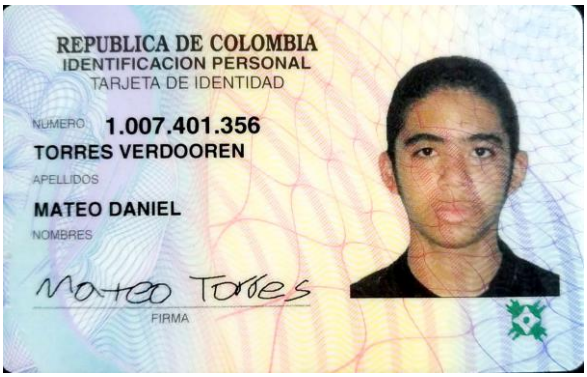
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 22538777		VERDOOREN BORRERO JAQUELIN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 15 barrio san francisco	SAN ANDRES-SAN ANDRES	5126212	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

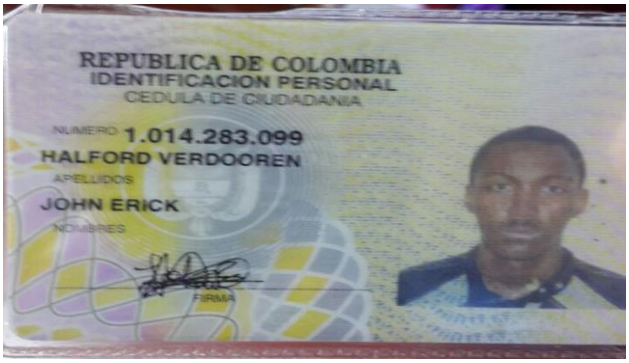
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-10	2020-10	9412287514	9412287514	I	2020/11/20	2020/11/05	BANCO BOGOTA	0	$380,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$209,600	$0	$0	$209,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$209,600	$0	$0	$209,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,900	$0	$0	$6,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$6,900	$0	$0	$6,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$163,800	$0	$0	$163,800
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$163,800	$0	$0	$163,800
TOTAL				**1**	**$380,300**	**$0**	**$0**	**$380,300**


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD
NUMERO 1.007.401.356
TORRES VERDOOREN
APELLIDOS
MATEO DANIEL
NOMBRES
Mateo Torres
FIRMA


INDICE DERECHO
FECHA DE NACIMIENTO 09-OCT-2000
SAN ANDRES
(SAN ANDRES)
LUGAR DE NACIMIENTO
09-OCT-2018 O+ M
FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO
20-ENE-2015 SAN ANDRES
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
A-5600100-00658704-M-1007401356-20150120 0042365115A 1 2123239754


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.014.283.099
HALFORD VERDOOREN
APELLIDOS
JOHN ERICK
NOMBRES
FIRMA


INDICE DERECHO
FECHA DE NACIMIENTO 18-NOV-1996
BARRANQUILLA
(ATLANTICO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.90 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
02-DIC-2014 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
P-1500150-00666710-M-1014283099-20150212 0042863572A 1 44015242

CERTIFICACION DEPENDIENTES

San Andres Islas, 23 de noviembre 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 empleado contribuyente y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el parágrafo cuarto del artículo segundo del Decreto 0099 de 2013, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

T.I.	**1.007.401.356**	**MATEO DANIEL TORRES VERDOOREN**	**HIJO**
C.C.	**1.014.283.099**	**JOHN ERICK HALLFORD VERDOOREN**	

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,

_____
JAQUELINE VERDOOREN BORRERO
C.C. 22.538.777