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	**31 de octubre de 2020**
Versión	**AGOSTO 2020 - 5,20**
ID de Proceso	**29702-044424**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: MARIA EDITH MENDEZ LEON
Correo electrónico contratista: maemle@misena.edu.co
C.C. 37.889.708 **IP/Nº de contacto** 7248113

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** 24044365075

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: 1698093/2020 **Nº Compromiso SIIF** 98020

Valor Total del Contrato	$ 12.787.840	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**			**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 6.197.184	**4**	**Del**	**01/10/2020**	**Al** **31/10/2020**	**$ 2.459.200,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 3.737.984		Comisiones		$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.459.200		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	**$ 2.459.200**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.449.660**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Octubre	Septiembre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**18777848**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 983.680	$ 983.680
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 123.000	$ 123.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 157.400	$ 157.400
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 10.300	$ 10.300
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	$ 245.920	
Salud hasta $ 569.712	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 483.220	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	1.449.660,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	2.178.800,00	
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	**$ 2.459.200,00**	

SON: DOS MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Impartir formación complementaria en el programa:Conocimientos básicos de patronaje, corte y confección.ficha:2189753 Desarrollar patronaje,corte y confección de falda;corregir fallas en el proceso; Aplicar métodos de trabajo.
Impartir formación complementaria en el programa:Patronaje y Confcción Industrial de Camisa Masculina.ficha:2198149 Confeccionar camisa Clásica masculina aplicando normas de calidad; verificar la calidad de la prenda según proceso técnico.
Impartir formación complementaria en el programa:Proceso de Costurapara la Confección Industrial.ficha:2215562 Realizar operaciones de confección acuerdo con ordenes de producción aplicando normas de seguridad industrial en maq.Plana;Sobrehiladora;botonadora,Ojaladora.
Impartir formación complementaria en el programa:Confección de camiseta Deportiva.ficha:2218778 Usar herramientas para el proceso cumpliendo normas de seguridad; ensamble de camiseta deportiva.
Total horas mes de Octubre 100 hrs.

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.

MARIA EDITH MENDEZ LEON
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 :	MARIA EDITH MENDEZ LEON
IDENTIFICACION:	CC-37889708
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	00
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	00
FECHA GENERACION REPORTE:	2020-10-16
FECHA LIMITE DE PAGO:	2020-10-16
FECHA DE PAGO:	2020-10-16
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE BOGOTA
PERIODO PENSION:	2020-09
PERIODO SALUD:	2020-09
NUMERO PLANILLA:	18777848
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	18777848
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	$ 984.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 123.000	$ 123.000
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	$ 984.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 157.500	$ 157.500
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 984.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 10.300	$ 10.300
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 290.800	$ 290.800

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	05/11/2020

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

San Gil, Octubre 30 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.	**1100954116**	**SARA GABRIELA TORRES MÉNDEZ**	**HIJO**

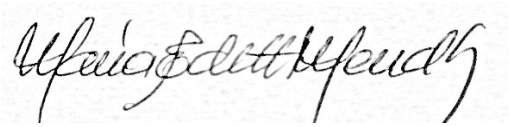
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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: MARÍA EDITH MÉNDEZ LEÓN
C.C. 37889708

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

NUIP 1100954116

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 38322014

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** R 4 H

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

REGISTRADURIA DE SAN GIL COLOMBIA SANTANDER SAN GIL**********

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
TORRES**********	MENDEZ**********

Nombre(s)

SARA GABRIELA**********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2007 Mes ENE Día 17	FEMENINO********	O******	+ ****

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

COLOMBIA SANTANDER SAN GIL**********

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO**********	A6261501**********

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

MENDEZ LEON MARIA EDITH**********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 0037889708**********	COLOMBIA**********

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

TORRES GOMEZ GONZALO**********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 0005744112**********	COLOMBIA**********

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

MENDEZ LEON MARIA EDITH**********

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CEDULA DE CIUDADANIA 0037889708**********	

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 2007 Mes ENE Día 25	JOSE URIEL DEANTONIO AREVALO***** Nombre y firma

510REGISTRADURIA NALnacimiento 11/02/04

Impreso por Prodipel S.A. NIT. 817000707-2 Tel.: (2) 8280156 Cali-to Cauca dispo FORMAS

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

3832201 4