

 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	Octubre de 2020
			Versión	AGOSTO 2020 - 5,20
		ID de Proceso	40382-039513	
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista: SANDRA PATRICIA BAEZ PORRAS Correo electrónico contratista: sbaezp@sena.edu.co		C.C. 37.900.558	IP/N° de contacto 3187119277	
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: BANCO BBVA		Tipo de cta AHORROS	N° Cuenta 336100888	
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: 1868436/2020		N° Compromiso SIIF 125520		
Valor Total del Contrato \$ 7.377.600	N° Pago 2	Periodo objeto de pago		Valor Bruto Pago \$ 2.336.240,00
Saldo Anterior del Contrato \$ 6.861.168	Del 01/10/2020	Al 31/10/2020		
Nuevo Saldo del Contrato \$ 4.524.928	Comisiones \$ 0,00			
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios \$ 2.336.240	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				
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO \$ 2.336.240	Menos, Rete Fuente Otros Ingresos		\$ 0	
BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE \$ 1.377.087	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0	
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 1.377.087,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC \$ 934.496	8609870229	8609870229	Valor Base retención en la fuente ICA 2.069.740,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud \$ 116.900	\$ 877.803	\$ 109.800	Valor base IVA 0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión \$ 149.600	\$ 140.500	\$ 140.500	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 II \$ 9.800	\$ 9.200	\$ 9.200	Menos Retención IVA 0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias \$ -	\$ -	\$ -	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 \$ 233.624	\$ 233.624	\$ 233.624	Descuentos de Libranza 0,00	
Salud hasta \$ 569.712 \$ -	\$ -	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00	
Renta Exenta 25% \$ 8.545.680 \$ 459.029	\$ 459.029	\$ 459.029	VALOR A PAGAR \$ 2.336.240,00	
Retención en la Fuente Contingente \$ -	\$ -	\$ -		
SON: DOS MILLONES TRESCIENTOS TREINTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ficha: 2165503-1 TECNICO EN COSMETOLOGIA Y ESTETICA INTEGRAL COMPETENCIA Depilar el vello de la zona con métodos no invasivos fecha octubre 9-13-15 total horas 18 ficha 2165503-1 COMPETENCIA REALIZAR TRATAMIENTOS FACIALES DE NATURALEZA NO CRUENTA,NO INVASIVA CON BASE EN UNA VALORACIÓN Y PROTOCOLO ESTÉTICO FECHA 16 AL 30 OCTUBRE TOTAL HORAS 54 HRS COMPLEMENTARIA PRIMEROS AUXILIOS: FICHA 2218359 COMPETENCIA Asistir personas según protocolos de primer respondiente y normativa de salud FECHA 17 AL 31 OCTUBRE TOTAL HORAS 18 HRS.ficha 2165503-2 TECNICO EN COMETOLOGIA Y ESTETICA INTEGRAL COMPETENCIA Depilar el v vello de la zona con métodos no invasivos fecha octubre 1/2020 total horas 5 TOTAL HORAS MES DE OCTUBRE 95 HORAS PLANILLA DE SEGURIDAD MES DE SEPTIEMBRE 8609870229				
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.			SANDRA PATRICIA BAEZ PORRAS 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,	
			JOHON FREDY SANABRIA MUNOZ INSTRUCTOR	
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)				

RAZON SOCIAL :	SANDRA PATRICIA BAEZ PORRAS
IDENTIFICACION:	CC-37900558
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2020-10-21
FECHA LIMITE DE PAGO:	2020-10-21
FECHA DE PAGO:	2020-10-21
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE OCCIDENTE
PERIODO PENSION:	2020-09
PERIODO SALUD:	2020-09
NUMERO PLANILLA:	8609870229
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8647038273
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	\$ 877.803	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 109.800	\$ 109.800
230301	800224808	PORVENIR	1	\$ 877.803	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 140.500	\$ 140.500
14-23	860011153	POSITIVA	1	\$ 877.803	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 4.600	\$ 4.600
CCF39	890200106	CAJASAN	1	\$ 877.803	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 17.600	\$ 17.600
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 272.500	\$ 272.500

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	17/11/2020
----------------------------------	------------

**CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA
CONTRATISTAS**

San Gil, octubre 31 del 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:

NUIP - NIP	1101622433	SANTIAGO ANTONIO BAEZ	HIJO
NUIP- NIP	1101262864	MYA ISABELLA MELENDEZ BAEZ	HIJA

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: Sandra Patricia Baez Porras

C.C. 37900558 de San Gil

REPÚBLICA DE COLOMBIA



ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCION NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP	1101622433
------	------------

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 36086558

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina							
Registraduría	☐	Notaría	☒	Número	02	Consulado	☐
Pais - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía				Corregimiento			
NOTARIA SEGUNDA COLOMBIA SANTANDER SAN GIL				Inspección de Policía			
				Código R 6 H			

Datos del inscrito							
Primer Apellido				Segundo Apellido			
ANTONIO				BAEZ			
Nombre(s)							
SANTIAGO							
Fecha de nacimiento				Sexo (en letras)		Grupo Sanguíneo	
Año	2	0	0	Mes	N	O	V
				Día	3	0	
				MASCULINO		- - O - -	
Factor RH							
POSITIVO							
Lugar de nacimiento (Pais - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)							
CLINICA SANTA CRUZ DE LA LOMA COLOMBIA SANTANDER SAN GIL							

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos		Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO		A 5712575

Datos de la madre	
Apellidos y nombres completos	
BAEZ PORRAS SANDRA PATRICIA	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No 37.900/558 DE SAN GIL	COLOMBIANA

Datos del padre	
Apellidos y nombres completos	
ANTONIO ALARCON OTONIEL	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No 7.315.394 DE QUIQUINQUIRA	COLOMBIANA

Datos del declarante	
Apellidos y nombres completos	
ANTONIO ALARCON OTONIEL	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC No 7.315.394 DE QUIQUINQUIRA	<i>Antonio Alarcon</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	2 0 0 4
Mes	D I C
Día	2 8
Nelly García de Lema SECRETARIA DE ESTADO NOTARIA FEBUNDA Nombre y Firma del funcionario que autoriza <i>Nelly García de Lema</i> Nombre y Firma	

SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial 57542303

NUIP	1101262864
------	------------

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina															
Registraduría	☐	Notaría	☒	Número	01	Consulado	☐	Corregimiento	☐	Inspección de Policía	☐	Código	R	5	H
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía															
COLOMBIA* SANTANDER* SAN GIL (NOTARIA PRIMERA) * * * * *															

Datos del inscrito																	
Primer Apellido								Segundo Apellido									
MELENDEZ * * * * *								BAEZ * * * * *									
Nombre(s)																	
* * * * * MYA ISABELLA * * * * *																	
Fecha de nacimiento																	
Año	2	0	1	8	Mes	S	E	P	Día	1	1	Sexo (en letras)	F	Grupo sanguíneo	O	Factor RH	POSITIVO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)																	
COLOMBIA * SANTANDER * FLORIDABLANCA * * * * *																	

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos																Número certificado de nacido vivo			
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO * * * * *																14829640-7 * * *			

Datos de madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)															
Apellidos y nombres completos															
MELÉNDEZ CORTES HELMER * * * * *															
Documento de identificación (Clase y número)															
C.C. No. 86.063.025 * * * * *															
Nacionalidad															
* COLOMBIANA * *															

Datos de padre o madre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)															
Apellidos y nombres completos															
BÁEZ PORRAS SANDRA PATRICIA * * * * *															
Documento de identificación (Clase y número)															
C.C. No. 37.900.558 * * * * *															
Nacionalidad															
* COLOMBIANA *															

Datos del declarante															
Apellidos y nombres completos															
MELÉNDEZ CORTES HELMER * * * * *															
Documento de identificación (Clase y número)															
C.C. No. 86.063.025 * * * * *															
Firma															

Datos primer testigo															
Apellidos y nombres completos															
* * * * *															
Documento de identificación (Clase y número)															
* * * * *															
Firma															
* * * * *															

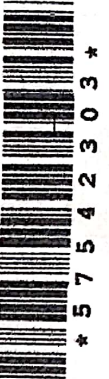
Datos segundo testigo															
Apellidos y nombres completos															
* * * * *															
Documento de identificación (Clase y número)															
* * * * *															
Firma															
* * * * *															

Fecha de inscripción										Nombre y firma del funcionario que autoriza							
Año	2	0	2	0	Mes	S	E	P	Día	0	8	ÁNGELA YOLIMA SÁNCHEZ ACUÑA					
										Nombre y firma							

Reconocimiento paterno										Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento					
										ÁNGELA YOLIMA SÁNCHEZ ACUÑA					
Firma										Nombre y firma					

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -



NOTARÍA PRIMERA DEL CIRCULO DE SAN GIL-SANTANDER
NOTARIA: DRA. ÁNGELA YOLIMA SÁNCHEZ ACUÑA
CARRERA 10 No. 10-25, tel. 7241459, 7235633
notaria1.sangil@gmail.com

ES FIEL COPIA TOMADA DEL ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE
REGISTRO CIVIL DE ESTA NOTARIA.-

VALIDO PARA TRÁMITES LEGALES.

FECHA DE EXPEDICIÓN: **08 SEP. 2020**

TIENE VALIDEZ PERMANENTE

LA NOTARIA PRIMERA,

ÁNGELA YOLIMA SÁNCHEZ ACUÑA

