

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:		LILIA SMITH ORTIZ CORREDOR		C.C.		63.392.548		IP/N° de contacto		37869	
Correo electrónico contratista:		liliismith68@hotmail.com									
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:		BANCOLOMBIA		Tipo de cta		AHORROS		N° Cuenta		1143944286	
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:	1923914/2020	Nº Compromiso SIIF			139020		
Valor Total del Contrato	\$ 6.518.800	Nº Pago 2	Periodo objeto de pago			Valor Bruto Pago \$ 3.259.400,00	
Saldo Anterior del Contrato	\$ 5.736.544		Del	01/11/2020	Al		30/11/2020
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 2.477.144		Comisiones				\$ 0,00

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	\$ 3.259.400	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	\$ 3.259.400	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 1.921.320	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0

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

	Noviembre	Octubre			
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	-----	8609698456	Valor Base retención en la fuente	1.921.320,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.303.760	\$ 877.803	Valor Base retención en la fuente ICA	2.887.700,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 163.000	\$ 109.800	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 208.700	\$ 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	\$ 13.700	\$ 9.200	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -		Reteica - 8299	0,00	0,600%
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	\$ -		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	\$ 325.940				
Salud hasta \$ 569.712	\$ -		Descuentos de Libranza	0,00	
Renta Exenta 25% \$ 8.545.680	\$ 640.440		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	\$ -		VALOR A PAGAR	\$ 3.259.400,00	

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

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

FICHA:2224003 Nov 3 a nov. 5 Elaborar cocteles a base de aromáticas, frutas, chocolate, café y yerbabuena 12 HORAS FICHA: 2024732 nov. 10 Servir alimentos y bebidas de acuerdo a manuales de servicio y protocolo 6 H, nov. 11 Hacer el pre alistamiento necesario para el servicio, de acuerdo con las necesidades de la operación 6 H, nov. 12 Coordinar el proceso de facturación de los servicios prestados según formas de pago, normativa y protocolo institucional 6H nov. 13 Proveer asesoramiento informado y orientación al cliente en la selección del vino 6 HORAS nov.17 al 19 conocer y comprender sobre la gama de bebidas que pueden ser preparadas y servidas en un restaurante u otro lugar 18 HORAS. nov.20,23, 24 y25 Preparar cocteles según tendencias a nivel mundial y creaciones propias de los aprendices 24 HORAS. nov.26 y27 Práctica sobre la preparación de bebida más famosas a base de café 12 HORAS. nov.30 Interpretar normas establecidas para el proceso de control de equipos y materia prima en un bar.6 HORAS.Horas adicionales: Diseñar protocolo de serv para establecim. de A&B 4 HORAS.

TOTAL HORAS: 100 Planillas pago seguridad social octubre 8609698456 v 8610372902

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.

LILIA SMITH ORTIZ CORREDOR
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado. CERTIFICO:

Autorizo el presente pago.
El Supervisor.

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.

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:

RAZON SOCIAL:	LILIA SMITH ORTIZ CORREDOR
IDENTIFICACION:	CC-63392548
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2020-11-04
FECHA DE PAGO:	2020-11-04
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE OCCIDENTE
PERIODO PENSION:	2020-10
PERIODO SALUD:	2020-10
NUMERO PLANILLA:	8609698456
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8653956986
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	\$ 0	\$ 109.800	\$ 109.800
230301	800224808	PORVENIR	1	\$ 0	\$ 140.500	\$ 140.500
14-23	860011153	POSITIVA	1	\$ 0	\$ 4.600	\$ 4.600
Total a pagar				\$ 0	\$ 254.900	\$ 254.900

RAZON SOCIAL :	LILIA SMITH ORTIZ CORREDOR
IDENTIFICACION:	CC-63392548
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2020-11-19
FECHA LIMITE DE PAGO:	2020-11-12
FECHA DE PAGO:	2020-11-19
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE OCCIDENTE
PERIODO PENSION:	2020-10
PERIODO SALUD:	2020-10
NUMERO PLANILLA:	8610372902
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8610372902
TIPO DE PLANILLA:	N

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
14-23	860011153	POSITIVA	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 4.600	\$ 4.600
Subtotal ARL		1	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 4.600	\$ 4.600
Total a pagar				\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 4.600	\$ 4.600

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	11/12/2020
----------------------------------	------------

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

San Gil, 30 de noviembre de 2020

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIAJE (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.	1.096.954.963	CRISTINA ALEJANDRA SARMIENTO ORTIZ	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: Lilia Smith Ortiz Corredor

C.C. 63.392.548 de Málaga

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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



NUIP

1.096.954.963

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

50705073

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒

Notaría ☐

Número ☐

Consulado ☐

Corregimiento ☐

Inspección de Policía ☐

Código

Q 4

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

REGISTRADURIA DE MALAGA - COLOMBIA - SANTANDER - MALAGA

Datos del inscrito

Primer Apellido

SARMIENTO

Segundo Apellido

ORTIZ

Nombre(s)

CRISTINA ALEJANDRA

Fecha de nacimiento

Año

2012

Mes

ABR

Día

05

Sexo (en letras)

FEMENINO

Grupo sanguíneo

A

Factor RH

POSITIVO

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

COLOMBIA SANTANDER MALAGA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo

52858839-3

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

ORTIZ CORREDOR LILIA SMITH

Documento de identificación (Clase y número)

CC 63.392.548

Nacionalidad

COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

SARMIENTO BOTERO JUAN CARLOS

Documento de identificación (Clase y número)

CC 79.689.698

Nacionalidad

COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

SARMIENTO BOTERO JUAN CARLOS

Documento de identificación (Clase y número)

CC 79.689.698

Firma

[Firma manuscrita]

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

2012

Mes

ABR

Día

10

Nombre y firma del funcionario que autoriza

JUAN ANDRES FUENTES BLANCO - REGI

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Firma

Nombre y firma

10.ABR.2012 - LIBRO DE VARIOS - ESPACIO PARA NOTAS - BAJA EL FOLIO 0264 DE FECHA 10 ABR 2012.

REGISTRADURIA DE MALAGA SANTANDER

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO