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	**Noviembre de 2020**
Versión	**AGOSTO 2020 - 5,20**
ID de Proceso	**37450-164955**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	FLOR MARIA DIZOT ROJAS	**C.C.**	63.369.667	**IP/Nº de contacto**	3203063040
Correo electrónico contratista:	fmdizot@sena.edu.co				

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 NO **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** NO

Banco al cual consignar: BANCOLOMBIA **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 32245296109

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: 1880260/2020 **Nº Compromiso SIIF** **126620**

Valor Total del Contrato	$ 8.970.022	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 5.306.210	**2**	**Del**	**01/11/2020**	**Al**	**30/11/2020**	**$ 3.790.150,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 1.516.060		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.790.150	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	**$ 3.790.150**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.234.201**	**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	----------	**19212695**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.516.060	$ 1.465.525
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 189.600	$ 183.200
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 242.600	$ 234.500
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 15.900	$ 15.400
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	$ 379.015	
Salud hasta $ 569.712	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 744.734	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.234.201,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.357.950,00	
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	**$ 3.790.150,00**	

SON: TRES MILLONES SETECIENTOS NOVENTA MIL CIENTO CINCUENTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

FICHA 2206087 Identificar dinamica organizacional y rol de formación del SENA total 18horas
FICHA 2142337 Interpretar y contabilizar operaciones y utilizando el sistema de costos total 18 horas
FICHA 2142337 Actualizar e identificar objetos en el sistema de inventarios Total 12 horas
FICHA 2240852 Contabilizar, Reconocimiento de Recursos financieros Total 21 horas
FICHA 2241841 Atención y Servicio al Cliente Total 30 horas

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.

FLOR MARIA DIZOT ROJAS
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 :	FLOR DE MARIA DIZOT ROJAS
IDENTIFICACION:	CC-63369667
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2020-11-19
FECHA LIMITE DE PAGO:	2020-11-18
FECHA DE PAGO:	2020-11-17
ENTIDAD DE PAGO:	BANCOLOMBIA
PERIODO PENSION:	2020-10
PERIODO SALUD:	2020-10
NUMERO PLANILLA:	19212695
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	19212695
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	$ 1.517.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 189.700	$ 189.700
230201	800229739	PROTECCION	1	$ 1.517.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 242.800	$ 242.800
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 1.517.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 15.900	$ 15.900
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 448.400	$ 448.400

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	16/12/2020

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

San Gil, 30 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 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	**1095305598**	**MARIA JOSE SANCHEZ DIZOT**	**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: **FLOR DE MARIA DIZOT ROJAS**
C.C. **63.369.667 de Bucaramanga**

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

NUIP 1095305598

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 40647797

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [ ] Notaria [ ] X Número 0 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 0 1

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

COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
SANCHEZ	DIZOT

Nombre(s)

MARIA JOSE

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2007 Mes JUL Día 07	FEMENINO	B	+

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

COLOMBIA - SANTANDER - FLORIDABLANCA

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	A7548821

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

DIZOT ROJAS FLOR DE MARIA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 63369667	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

SANCHEZ MOYA JOSE GREGORIO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 93294562	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

SANCHEZ MOYA JOSE GREGORIO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. 93294562	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

X.X.X.X.X

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
X.X.X.X.X	

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

X.X.X.X.X

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
X.X.X.X.X	

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2007 Mes JUL Día 09	LUIS EDUARDO VALDIVIESO BARCO Notario Tercero del Circulo de Bucaramanga Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

— ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO —

PEGA S.A. NIT. 890.321.151-0

Escaneado con CamScanner