

 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	30 noviembre de 2020
			Versión	AGOSTO 2020 - 5,20
			ID de Proceso	28527-059663

DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista: CLAUDIA PATRICIA BARON PARRA Correo electrónico contratista: cbaronp@sena.edu.co		C.C. 1.101.074.420	IP/N° de contacto 0	
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	N° Cuenta 24036461066	
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: 1422617/2020		N° Compromiso SIIF 35720		
Valor Total del Contrato \$ 36.890.793	N ° Pago 9	Periodo objeto de pago Del 01/11/2020 Al 30/11/2020		Valor Bruto Pago \$ 3.790.150,00
Saldo Anterior del Contrato \$ 7.580.300				
Nuevo Saldo del Contrato \$ 3.790.150		Comisiones \$ 0,00		

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios \$ 3.790.150	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 \$ 3.790.150	Menos, Rete Fuente Otros Ingresos \$ 0			
BASE PARA RETENCIÓN 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		
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	-----	8610270695	Valor Base retención en la fuente 2.234.201,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC \$ 1.516.060	\$ 1.516.060	\$ 1.516.060	Valor Base retención en la fuente ICA 3.357.950,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud \$ 189.600	\$ 189.600	\$ 189.600	Valor base IVA 0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión \$ 242.600	\$ 242.600	\$ 242.600	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 II \$ 15.900	\$ 15.900	\$ 15.900	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 \$ -	\$ -	\$ -	Descuentos de Libranza 0,00	
Dependientes hasta \$ 1.139.424 \$ 379.015	\$ 379.015	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00	
Salud hasta \$ 569.712 \$ -	\$ -	\$ -	VALOR A PAGAR \$ 3.790.150,00	
Renta Exenta 25% \$ 8.545.680 \$ 744.734	\$ 744.734	\$ -		
Retención en la Fuente Contingente \$ -	\$ -	\$ -		

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

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO	
impartir formación de las ficha:2240521, 2240522 CRM- la administración de la relación con los clientes. competencia gestionar las relaciones con los clientes mediante los canales de comunicación existentes resultado de aprendizaje horarios 2240521 12:00- 13:59 P.M horas 20, 2240522 14:00- 15:59 P.m horas 20. impartir formación de la ficha 2240518 Técnicas de comunicación en el nivel Gerencial compe: procesar la información de acuerdo con las necesidades de la organización. resul: Generar procesos de comunicación asertiva interna y externa, que promueva la cultura. horario 2240518 8-00 a.m - 9:59 a.m horas 20 impartir formación de la ficha 2240519 Técnicas de comunicación en el nivel administrati competencia Procesar la información de acuerdo con las necesidades de la organización horario 10-00 9:59 a.m horas 20 total horas 80 de académicas del mes noviembre de 2020.	

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.	CLAUDIA PATRICIA BARON PARRA 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)

RAZON SOCIAL :	CLAUDIA PATRICIA BARON PARRA
IDENTIFICACION:	CC-1101074420
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2020-11-18
FECHA LIMITE DE PAGO:	2020-11-06
FECHA DE PAGO:	2020-11-12
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE OCCIDENTE
PERIODO PENSION:	2020-10
PERIODO SALUD:	2020-10
NUMERO PLANILLA:	8610270695
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8601123441
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
230301	800224808	PORVENIR	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

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	04/12/2020
----------------------------------	------------

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.	1.101.623.495	GISETH YULIANA BARRAGAN BARON	HIJO
------	---------------	-------------------------------	------

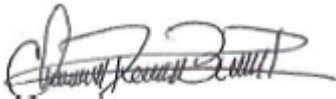
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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: Claudia Patricia Barón Parra

C.C. 1101074420



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

NUIP **1101623495**

**REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO**

Indicativo Serial **39364805**

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

Datos del inscrito			
Primer Apellido		Segundo Apellido	
BARRAGÁN *		BARÓN *	
Nombre(s)			
***** GISETH YULIANA *****			
Fecha de nacimiento		Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo
Año 2007	Mes OCT	Día 20	FEMENINO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)		Factor RH	POSITIVO
COLOMBIA* SANTANDER* SAN GIL (CLINICA SANTA CRUZ DE LA LOMA) *			

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO *****	A 7774582 *****

Datos de la madre	
Apellidos y nombres completos	
BARÓN PARRA CLAUDIA PATRICIA *****	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 1.101.074.420 DE VILLANUEVA *****	*COLOMBIANA *

Datos del padre	
Apellidos y nombres completos	
BARRAGÁN BUENO YAHIRCINIO *****	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 1.095.700.067 DE BARICHARA *****	COLOMBIANA ** *

Datos del declarante	
Apellidos y nombres completos	
BARRAGÁN BUENO YAHIRCINIO *****	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. No. 1.095.700.067 DE BARICHARA	(FDO) *****

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 2008 Mes FEB Día 04	OSCAR RENE DURAN ACEVEDO
	Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS	
Esta act a reemplaza a la que aparece al indicativo serial No. 39364704 de Octubre 23 del 2007, por corrección en el No. de la cc del padre de la inscrita en la casilla del declarante, a solicitud presentada por escrito.	
San Gil, Febrero 04 del 2008	

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

