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	**04069-944454**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: SANDRA PATRICIA BAEZ PORRAS
Correo electrónico contratista: sbaezp@sena.edu.co
C.C. 37.900.558 **IP/Nº 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 **Nº 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

Nº del contrato: 1868436/2020 **Nº Compromiso SIIF** **125520**

Valor Total del Contrato	$ 7.377.600	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 4.524.928	**3**	**Del**	**01/11/2020**	**Al**	**30/11/2020**	**$ 2.951.040,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 1.573.888		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.951.040		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	**$ 2.951.040**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.739.577**		**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	----------	**8610325784**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.180.416	$ 934.496
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 147.600	$ 116.900
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 188.900	$ 149.600
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 12.400	$ 9.800
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	$ 295.104	
Salud hasta $ 569.712	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 579.859	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	1.739.577,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	2.614.540,00	
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	**$ 2.951.040,00**	

SON: DOS MILLONES NOVECIENTOS CINCUENTA Y UN MIL CUARENTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

FICHA 2161522 TC COSMETOLOGIA Y ESTETICA INTEGRAL Actividad aprendizaje Utilizar técnicas de electroterapia, mecanoterapia, de radiaciones electromagnéticas o termoterapia en la prestación de un servicio facial FECHA 3 al 12 nov 2020 TOTAL HRS 36. Actividad aprendizaje Verificar la calidad del servicio prestado, precisar resultados del tratamiento con el usuario y aplicar formato de satisfacción del usuario. FECHA 13 al 30 nov 2020 TOTAL HRS 30. FICHA 2218359 COMPLEMENTARIA PRIMEROS AUXILIOS FECHA 7 al 28 nov 2020 TOTAL HRS 24. FICHA 2236037 COMPLEMENTARIA SOPORTE VITAL BASICO FECHA 12 AL 19 nov 2020 TOTAL HRS 20. FICHA 2244977 COMPLEMENTARIA SOPORTE VITAL BASICO FECHA 26 AL 27nov 2020 TOTAL HRS 10.

TOTAL, HORAS MES DE NOVIEMBRE 120
NUMERO DE PLANILLA MES DE OCTUBRE 8610325784- 8610505550

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)

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL :	SANDRA PATRICIA BAEZ PORRAS
IDENTIFICACION:	CC-37900558
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2020-11-18
FECHA LIMITE DE PAGO:	2020-11-17
FECHA DE PAGO:	2020-11-17
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE OCCIDENTE
PERIODO PENSION:	2020-10
PERIODO SALUD:	2020-10
NUMERO PLANILLA:	8610325784
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8610325784
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	$ 936.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 117.000	$ 117.000
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 936.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 149.800	$ 149.800
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 936.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 4.900	$ 4.900
CCF39	890200106	CAJASAN	1	$ 936.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 18.800	$ 18.800
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 290.500	$ 290.500

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	15/12/2020

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL :	SANDRA PATRICIA BAEZ PORRAS
IDENTIFICACION:	CC-37900558
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2020-11-28
FECHA LIMITE DE PAGO:	2020-11-27
FECHA DE PAGO:	2020-11-27
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE OCCIDENTE
PERIODO PENSION:	2020-10
PERIODO SALUD:	2020-10
NUMERO PLANILLA:	8610505550
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8610505550
TIPO DE PLANILLA:	N

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
Subtotal Salud		1	0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
230301	800224808	PORVENIR	0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
Subtotal Pensión		1	0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 4.900	$ 4.900
Subtotal ARL		1	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 4.900	$ 4.900
CCF39	890200106	CAJASAN	0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
Subtotal CCF		1	0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
PASENA	899999034	SENA	0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
PAICBF	899999239	ICBF	0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
PAESAP	899999054	ESAP	0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
PAMIED	899999001	MINEDU	0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
		Total a pagar		$ 0	$ 0	$ 0	$ 4.900	$ 4.900

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	15/12/2020

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

San Gil, Noviembre 30 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,

Sandra Patricia Baez Porras

FIRMA

Nombre: Sandra Patricia Baez Porras

C.C. 37900558 de San Gil

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1101622433

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 36086558

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 02 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código R6H

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

NOTARIA SEGUNDA * COLOMBIA * SANTANDER * SAN GIL

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ANTONIO	BAEZ

Nombre(s)

SANTIAGO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2004 Mes NOV Día 30	MASCULINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - 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 identificacón (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 identificacón (Clase y número)	Nacionalidad
CC No 7.315.394 DE QUIQUINQUIRA	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

ANTONIO ALARCON OTONIEL

Documento de identificacón (Clase y número)	Firma
CC No 7.315.394 DE CHIQUINQUIRA	Antonio Alarcon O.

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 2004 Mes DIC Día 28

Nombre y firma del funcionario que autoriza

SECRETARIA DE GOBIERNO
NOTARIA SEGUNDA

Nelly Gal[illegible] de Quiroga

Nombre y firma

REPÚBLICA DE COLOMBIA
DESPACHO

SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

FESA S.A. NIT 890.321.151-0

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1101262864

Indicativo Serial 57542303

57542303

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] 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: MELENDEZ * * * * * * * * * * * * *
Segundo Apellido: BAEZ * * * * * * * * * * * * *

Nombre(s): * * * * * * * * * * * ** * * * * * MYA ISABELLA * * * * * * * * ** * * * * **

Fecha de nacimiento: Año 2018 Mes SEP Día 11
Sexo (en letras): FEMENINO * * * * * * *
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: CERTIFICADO DE NACIDO VIVO * * * * * * * * * * * * * * * * * *
Número 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: [signature]

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 2020 Mes SEP Día 08

Nombre y firma del funcionario que autoriza: ÁNGELA YOLIMA SÁNCHEZ ACUÑA
Nombre y firma

Reconocimiento paterno
[signature]
Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
ANGELA YOLIMA SANCHEZ ACUÑA
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,

REPÚBLICA DE COLOMBIA
ÁNGELA YOLIMA SÁNCHEZ ACUÑA
NOTARÍA
1a
DEL CÍRCULO DE SAN GIL - STDER.

ÁNGELA YOLIMA SÁNCHEZ ACUÑA