SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL BOYACÁ
CENTRO DE DESARROLLO AGROPECUARIO Y AGROINDUSTRIAL

Código Regional	**15**
Código Centro	**911010**
Fecha Elaboración	**Noviembre de 2020**
Versión	**AGOSTO 2020 - 5,20**
ID de Proceso	**45456-240517**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: ANGELA MARITZA OCHOA HURTADO
Correo electrónico contratista: angelaochoa28@gmail.com
C.C. 52.713.546 **IP/Nº de contacto** 3164822256

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: BANCOLOMBIA **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 25827878939

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: 1374692/2020 **Nº Compromiso SIIF** **20820**

Valor Total del Contrato	$ 35.882.826	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 4.936.899	**10**	**Del**	**01/11/2020**	**Al**	**30/11/2020**	**$ 3.612.365,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 1.324.534		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.612.365	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	**$ 3.612.365**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.129.421**	**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	----------	**9412088619**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.444.946	$ 1.444.946
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 180.700	$ 180.700
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 231.200	$ 231.200
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 15.100	$ 15.100
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	$ 361.237	
Salud hasta $ 569.712	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 709.807	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.129.421,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.200.465,00	
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	0,000%
-	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	**$ 3.612.365,00**	

SON: TRES MILLONES SEISCIENTOS DOCE MIL TRESCIENTOS SESENTA Y CINCO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

10-11-12-17-18-23-24-27-30 noviembre municipio la Uvita ficha 2067991 grado decimo Realizar la verificación de aplicación de diferente técnicas utilizadas para el balance de materia en la industria de alimentos.
9-19-20-25-26 noviembre municipio Tunja ficha 2063270 grado decimo Realizar la verificación de aplicación de diferentes técnicas utilizadas para el balance de materia en la industria de alimentos.
5-6 noviembre municipio de Tuta ficha 1860203 grado once Revision de proyectos Establecer los impactos sociales, económicos tecnológicos y ambientales que se generan con la ejecución del proyecto productivo
3- noviembre reunion articulacion
13 noviembre entrega de avance de contrato

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.

ANGELA MARITZA OCHOA HURTADO
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,

LUIS ALEJANDRO AGUIRRE CAMACHO
INSTRUCTOR G19

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

IVAN MAURICIO ROJAS RUIZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52713546		OCHOA HURTADO ANGELA MARITZA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DIAG 67 # 1A - 74	TUNJA-BOYACA	7407731	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-10	2020-10	38570693	9412088619	I	2020/11/12	2020/11/09	BANCO DE OCCIDENTE	0	$428,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,450,000	$232,000			$1,450,000	$181,300			$0	$0			$1,450,000	$15,200		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,450,000	$232,000			$1,450,000	$181,300			$0	$0			$1,450,000	$15,200		$0	$0
Ciudad: TUNJA Depto: BOYACA (1 Afiliados)					$1,450,000	$232,000			$1,450,000	$181,300			$0	$0			$1,450,000	$15,200		$0	$0
1	CC	52713546	OCHOA ANGELA	230201	30	$1,450,000	$232,000	EPS008	30	$1,450,000	$181,300		0	$0	$0	14-23	30	$1,450,000	$15,200	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,450,000	$232,000			$1,450,000	$181,300			$0	$0			$1,450,000	$15,200		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52713546		OCHOA HURTADO ANGELA MARITZA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DIAG 67 # 1A - 74	TUNJA-BOYACA	7407731	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-10	2020-10	38570693	9412088619	I	2020/11/12	2020/11/09	BANCO DE OCCIDENTE	0	$428,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$232,000	$0	$0	$232,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$232,000	$0	$0	$232,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$15,200	$0	$0	$15,200
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$15,200	$0	$0	$15,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$181,300	$0	$0	$181,300
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$181,300	$0	$0	$181,300
TOTAL				1	$428,500	$0	$0	$428,500

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Duitama, 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 empleado contribuyente y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el parágrafo cuarto del artículo segundo del Decreto 0099 de 2013, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

NUIP NIP	**1025076802**	**Sara Sofia Ramirez Ochoa**	**HIJO**

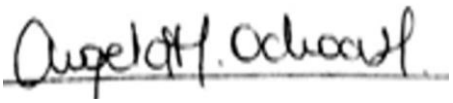
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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: Angela Maritza Ochoa Hurtado

C.C.52713546 de Bogotá

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

56005159

NUIP 1025076882

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativ
Serial

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☐ Número 0 ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código: 0 0 0

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C.

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
RAMIREZ	OCHOA

Nombre(s)

SARA SOFIA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2 0 1 5 Mes J U N Día 0 2	FEMENINO	"B"	POSITIVO

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO DE NACIDO VIVO	13661717 - 5

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

OCHOA HURTADO ANGELA MARITZA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
Cedula de Ciudadania 52.793.846	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

RAMIREZ GUIO HOFFMAN FERNANDO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
Cedula de Ciudadania 7.160.083	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

RAMIREZ GUIO HOFFMAN FERNANDO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
Cedula de Ciudadania 7.160.083	

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 1 5 Mes 0 6 Día 1 2

Nombre y firma del funcionario que autoriza

MONICA O SUAREZ - REGISTRADORA

Nombre y firma

IMPRESO POR PANAMERICANA FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800.175.457-6 TEL. 430 2110

SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Scanned with CamScanner