SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

**FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES**
**REGIONAL TOLIMA**
**CENTRO AGROPECUARIO LA GRANJA-TOLIMA - SERVICIOS PRESTADOS A LA**

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **73** |
| **Código Centro** | **912310** |
| **Fecha Elaboración** | **Diciembre de 2020** |
| **Versión** | **AGOSTO 2020 - 5,20** |
| **ID de Proceso** | **97411-732112** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

**Nombres y apellidos contratista:** MERCEDES PATRICIA PAREDES GUERRERO
**Correo electrónico contratista:** mpatriciapg@misena.edu.co
**C.C.** 36.757.337 **IP/Nº de contacto** 3006729150

**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 ?** SI

**Banco al cual consignar:** BANCOLOMBIA **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 97288489762

**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:** 1367029/2020 **Nº Compromiso SIIF** 23220

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Valor Total del Contrato** | $ 34.615.056 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 3.656.520 | **11** | **Del** | **01/12/2020** | **Al** | **30/12/2020** | **$ 3.656.520,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 0 | | Comisiones | | | $ 0,00 | |

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 3.656.520 | Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383° | | 4,09% |
| Ingresos por comisiones | $ 0 | Retencion en la Fuente del Periodo | | $ 176.346 |
| Ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ 3.656.520 | | | |
| **TOTAL INGRESOS DEL PERIODO** | **$ 7.313.040** | Menos, Retefuente Otros Ingresos | | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 4.310.802** | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | | **$ 176.346** |

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

| | Diciembre | Noviembre |
|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | ---------- | **19243195** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 1.462.608 | $ 1.462.608 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 182.900 | $ 182.900 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 234.100 | $ 234.100 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 |
| ARL I | $ 7.700 | $ 7.700 |
| 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 | $ 234.100 | |
| Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ 182.900 | |
| Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ 7.700 | |
| Dependientes hasta $ 1.139.424 | $ 731.304 | |
| Salud hasta $ 569.712 | $ - | |
| Renta Exenta 25% $ 8.545.680 | $ 1.436.934 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Valor Base retención en la fuente | 4.310.802,00 | TARIFA |
| Valor Base retención en la fuente ICA | 3.239.520,00 | |
| Valor base IVA | 0,00 | |
| IVA (Si es RESPONSABLE) | 0,00 | 19% |
| Menos Retención en la Fuente | 176.346,00 | 4,09% |
| Menos Retencion IVA | 0,00 | 15% |
| Reteica - 8299 | 22.677,00 | 0,700% |
| - | 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** | **$ 3.457.497,00** | |

**SON: TRES MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y SIETE PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se presenta informe para el mes Diciembre, donde se ejecutó las siguientes actividades: - Se realiza fase de ejecución y cierre fichas 2244556-2244565-2244556-2244762 (Variables y Estructuras de Control en la Programación Orientada a Objetos: Java), a través de la plataforma Territorium. -Durante la fase de ejecución se respondieron las publicaciones de los aprendices en Foros Sociales, de dudas y temáticos. -Se evaluaron pruebas, actividades interactivas y retroalimentaron las actividades enviadas por los aprendices. -Se publicó anuncios y se enviaron mensajes informativos del curso durante las semanas de formación. -Se programaron y realizaron sesiones sincrónicas de atención a aprendices, a través de la herramienta Meet Google, en la fase de cierre a través del sistema de gestión SenaSofia se registraron juicios evaluativos. -Se reporta en el drive los soportes correspondientes a las obligaciones contractuales del mes de diciembre. - Se cargó al SECOP II, los documentos solicitados.

**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.

**MERCEDES PATRICIA PAREDES GUERRERO**
**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,

**OSCAR ROLANDO CASTRO GUERRA**
**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**

**JAIRO ENRIQUE ROBAYO MORENO**
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02**

# CONSULTA EMPLEADO

| | |
|---|---|
| RAZÓN SOCIAL | MERCEDES PATRICIA PAREDES GUERRERO |
| IDENTIFICACIÓN APORTANTE | CC-36757337 |
| SUCURSAL | 0 |
| FECHA PAGO | 2020-12-07 |
| INDENTIFICACION EMPLEADO | CC-36757337 |
| NOMBRE EMPLEADO | MERCEDES PATRICIA PAREDES GUERRERO |
| EPS | ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A. |
| AFP | Administradora Colombiana de Pensiones COLPENSIONES |
| CAJA COMPENSACIÓN | Sin CCF |
| ARL | ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS |
| NÚMERO PLANILLA | 19243195 |
| REFERENCIA PAGO(PIN) | |
| TIPO PLANILLA | I |
| PERIODO PENSIÓN | 2020-11 |
| PERIODO SALUD | 2020-11 |
| TIPO COTIZANTE | Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes |
| SUBTIPO COTIZANTE | Sin Subtipo |
| NOVEDAD INGRESO INICIAL | |
| NOVEDAD INGRESO FINAL | |

| ING | Fecha ING | RET | Fecha RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | Fecha VSP | VTE | VST | SLN | Fecha Sln inicio | Fecha Sln Fin | IGE | Fecha Ige Inicio | Fecha Ige Fin | LMA | Fecha LMA | Fecha LMA Fin | VAC | Fecha Vac Inicio | Fecha VAC Fin | AVP | VCT | Fecha VCT Inicio | Fecha VCT Fin | IRL | Fecha IRL Inicio | Fecha IRL Fin |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | |

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

| Días Cot | IBC | Tarifa | Cot. Obligatoria | Cot. Voluntaria | | Total | Fondo de Solidaridad de | Fondo de Subsistencia | Valor no retenido |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Afiliado | Aportante | | | | |
| 30 | 1.462.608 | 0,1600000 | $ 234.100 | $ 0 | $ 0 | $ 234.100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

SISTEMA GENERAL DE SALUD

| Días Cot | IBC | Tarifa | Cot. Obligatoria | UPC adicional | Incapacidades E.G | | Licencias de Maternidad o | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | Número Autorización | Valor | Número Autorización | Valor |
| 30 | 1.462.608 | 0,1250000 | $ 182.900 | $ 0 | 0 | $ 0 | 0 | $ 0 |

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

| Días Cot | IBC | Tarifa | Cot. Obligatoria | Código de centro de trabajo |
|---|---|---|---|---|
| 30 | 1.462.608 | 0,0052200 | $ 7.700 | 899999034 |

APORTES PARAFISCALES

| Días Cot | Caja de Compensación Familiar | | | Sena | | | ICBF | | ESAP | | MIN DE EDUCACIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | IBC | Tarifa | Cot.Obligatori | IBC | Tarifa | Cot. Obligatoria | Tarifa | Cot. Obligatori | Tarifa | Cot. | Tarifa | Cot. Obligatori |
| 0 | 0 | 0,0000000 | $ 0 | 0 | 0,0000000 | $ 0 | 0,0000000 | $ 0 | 0,0000000 | $ 0 | 0,0000000 | $ 0 |

TOTAL COTIZACIÓN EMPLEADO

| Pension | Salud | Riesgos | Parafiscales | Total |
|---|---|---|---|---|
| $ 234.100 | $ 182.900 | $ 7.700 | $ 0 | $ 424.700 |

SENA - CFP 739123
RADICACION RECIBIDA
No: 73-1-2020-004533
05/12/2020 07:30 pm

Pasto, 5 /12/2020

Señores
**Grupo Administración de Salarios (para funcionarios de Digeneral)**
**Grupo de Apoyo Administrativo Mixto (para las Regionales)**
Servicio Nacional de Aprendizaje SENA
Ciudad

Asunto: Solicitud deducible retención en fuente por dependientes

Estimados señores:

Con la presente solicito que de acuerdo con el Articulo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el Artículo 2º. Párrafo 3ro. del Decreto 099 del 2013, se tenga en cuenta como deducible de mis ingresos brutos provenientes de la relación laboral por el concepto de dependientes, los cuales relaciono a continuación:

| **Apellidos y Nombre** | **Documento Identidad** | **Calidad del Dependiente**<br>**1. Hijos menores 18 años.**<br>**2. Hijos estudiantes entre 18 y 23 años.**<br>**3. Hijos mayores a 23 años con dependencia por factores físicos o psicológicos.**<br>**4. Cónyuge con ingresos inferiores a 260 UVT o dependencia por factores físicos o psicológicos.**<br>**5. Padres o hermanos con ingresos inferiores a 260**<br>**UVT o dependencia por factores físicos o psicológicos.** |
|---|---|---|
| Montenegro Paredes Verónica Coranit | Registro Civil 1081064849 | Hijos menores 18 años. |

Certifico bajo la gravedad de juramento la información consignada en esta solicitud y me comprometo a enviar solicitud de revocación de aplicación del deducible por dependientes en el caso en que cesen las condiciones que dan origen a esta solicitud.

Cordialmente,

***MERCEDES PATRICIA PAREDES GUERRERO***
**36.757.337 de Pasto - Nariño**

Anexo: Relación de documentos que anexa el trabajador.

- Registro civil de nacimiento __X__
- Certificado de estudios. ____
- Certificado contador público. ____
- Certificado medicina legal. ____

NOTARIA TERCERA

# REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.081.064.849

## REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 57573961

*5757396 1*

**Datos de la oficina de registro - Clase de oficina**

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [3] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código [ ]

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

NOTARIA 3 PASTO - COLOMBIA - NARIÑO - PASTO

**Datos del inscrito**

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| MONTENEGRO | PAREDES |

Nombre(s)

VERONICA CORANIT

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2018 Mes ENE Día 03 | FEMENINO | A | NEGATIVO |

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

COLOMBIA NARIÑO PASTO

| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO | 144277167 |

**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

PAREDES GUERRERO MERCEDES PATRICIA

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 36.757.337 | COLOMBIA |

**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

MONTENEGRO RODRIGUEZ LUIS CARLOS

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 87.710.720 | COLOMBIA |

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos

MONTENEGRO RODRIGUEZ LUIS CARLOS

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| CC 87.710.720 | |

**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 2018 Mes ENE Día 03 | ESMERALDA RESTREPO SANCHEZ - NOTA |
| | Nombre y firma |

| Reconocimiento paterno | Nombre y firma del funcionario ante quien se surte el reconocimiento |
|---|---|
| ~~EL NOTARIO~~ TERCERO DEL CIRCULO DE PASTO | ESMERALDA RESTREPO SANCHEZ |
| Firma | Nombre y firma |

CERTIFICA

**ESPACIO PARA NOTAS**

Que el presente documento es copia fiel tomada de su original que reposa en el archivo de esta Notaría

VALIDO PARA Documento

09 ENE 2018

PASTO,

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -