

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL SANTANDER		Código Regional	68
			Código Centro	954110
			Fecha Elaboración	1 diciembre de 2020
			Versión	AGOSTO 2020 - 5,20
CENTRO AGROTURISTICO - SANTANDER - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORM			ID de Proceso	39818-479464
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista:		MARIA EDITH MENDEZ LEON		C.C.
Correo electrónico contratista:		maemle@misena.edu.co		37.889.708
Régimen del IVA:		NO RESPONSABLE		IP/N° de contacto
Pertenece al régimen simple de tributación?		NO		7248113
Es declarante de renta?		NO		Es Pensionado?
NO		NO		NO
Sus ingresos en el 2019 Superaron \$47.978.000		NO		Inducción SST
NO		SI		Presta Servicios Excluidos de IVA ?
Banco al cual consignar:		BANCO CAJA SOCIAL		NO
Tipo de cta		AHORROS		N° Cuenta
24044365075				
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				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:	1698093/2020	N° Compromiso SIIF	98020	
Valor Total del Contrato	\$ 12.787.840	N° Pago	5	Periodo objeto de pago
Saldo Anterior del Contrato	\$ 3.737.984	Del	01/11/2020	Al
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 786.944	30/11/2020	Valor Bruto Pago	\$ 2.951.040,00
		Comisiones	\$ 0,00	
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios	\$ 2.951.040	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	\$ 2.951.040	Menos, Rete Fuente Otros Ingresos	\$ 0	
BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE	\$ 1.739.577	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0	
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	Noviembre	Octubre	Valor Base retención en la fuente	1.739.577,00
Ingreso Base de Cotización - IBC	19014517		Valor Base retención en la fuente ICA	2.614.540,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 1.180.416	\$ 983.680	Valor base IVA	0,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 147.600	\$ 123.000	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ 188.900	\$ 157.400	Menos Retención en la Fuente	0,00
ARL II	\$ -	\$ 0	Menos Retención IVA	0,00
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ 12.400	\$ 10.300	Reteica - 8299	0,00
Aportes voluntarios a cuentas AFC	\$ -	\$ -	0,00	0,600%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.128.000	\$ -	\$ -	0,00	
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.560.700	\$ -	\$ -	0,00	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Aportes A.R.L. de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Dependientes hasta \$ 1.139.424	\$ 295.104		Otras Retenciones	0,00
Salud hasta \$ 569.712	\$ -		Descuentos de Libranza	0,00
Renta Exenta 25% \$ 8.545.680	\$ 579.859		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00
Retención en la Fuente Contingente \$ -			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				
Impartir formación complementaria en el programa Confección de Camiseta Deportiva,ficha2218778:Ensamble de Camiseta Deportiva aplicando normas de calidad.				
Impartir formación complementaria en el programa Aplicación de técnicas para remates textiles Artesanales;ficha2231393: Obtener productos Artesanales aplicando remates en pretelar según diseño y ficha técnica.				
Impartir formación complementaria en el programa Patronaje y escalado de blusa;ficha2240034:Desarrollar patrones de acuerdo con diseño de la prenda, y especificaciones de la ficha técnica.				
Impartir formación complementaria en el programa Patronaje y escalado de Padntalón;ficha2236067:Analizar las prendas a patronar, realizar patrones de acuerdo con la línea de producción.				
Total horas mes de NOVIEMBRE/2020: 120 Hrs.				
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.				
MARIA EDITH MENDEZ LEON 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.				
OSCAR WILLIAM VERGARA ROMERO INSTRUCTOR G14				
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 :	MARIA EDITH MENDEZ LEON
IDENTIFICACION:	CC-37889708
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	00
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	00
FECHA GENERACION REPORTE:	2020-11-17
FECHA LIMITE DE PAGO:	2020-11-17
FECHA DE PAGO:	2020-11-17
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE BOGOTA
PERIODO PENSION:	2020-10
PERIODO SALUD:	2020-10
NUMERO PLANILLA:	19014517
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	19014517
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	\$ 984.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 123.000	\$ 123.000
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	\$ 984.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 157.500	\$ 157.500
14-23	860011153	POSITIVA	1	\$ 984.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 10.300	\$ 10.300
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 290.800	\$ 290.800

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	03/12/2020
----------------------------------	------------

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

San Gil, Noviembre 30 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:

T.I.	1100954116	SARA GABRIELA TORRES MÉNDEZ	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: MARÍA EDITH MÉNDEZ LEÓN
C.C. 37889708

-SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -