SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES (obligados a facturar)
REGIONAL MAGDALENA
CENTRO ACUICOLA Y AGROINDUSTRIAL GAIRA MAGDALENA F.P.

Código Regional	**47**
Código Centro	**911810**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2021**
Versión	**ENERO 2021 - 1,21**
ID de Proceso	**99798-321008**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	JUANA ISABEL MOLINA MARQUEZ	**C.C.**	32.877.726	**IP/Nº de contacto**	2
Correo electrónico contratista:	jchicremolina@gmail.com				

Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Pertenece al régimen simple de tributación?**	NO	**Es declarante de renta?**	SI	**Es Pensionado?**	NO
Sus ingresos en el 2020 Superaron $49'849.000	NO	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**		SI	
Banco al cual consignar:	ITAÚ	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		481235276	
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 2021 supera los $ 119´806.000**		NO			

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato:	2159960/2021			**Nº Compromiso SIIF**		**1221**	
Valor Total del Contrato	$ 57.539.333	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 55.847.000	**2**	**Del**	**01/02/2021**	**Al**	**28/02/2021**	**$ 5.077.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 50.770.000		Comisiones			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

SERVICIOS PERSONALES INDIRECTOS: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR LA GESTIÓN DE LA ESTRATEGIA TECNOACADEMIA ITINERANTE DEL ECOSISTEMA SENNOVA, ENCAMINADA A APOYAR EL DESARROLLO DE HABILIDADES Y CONOCIMIENTOS EN CIENCIA, TECNOLOGÍA E INNOVA

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 5.077.000	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	**$ 5.077.000**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.553.300**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**		**$ 0**

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

	Febrero	Enero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**9415414983**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 2.030.800	$ 908.526
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 253.900	$ 113.600
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 325.000	$ 145.400
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 10.700	$ 4.800
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ 242.600	
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.522.064	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.630.800	$ -	
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 $ 1.161.856	$ 507.700	
Salud hasta $ 580.928	$ 580.928	
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 791.718	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.553.300,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	4.498.100,00	
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	31.487,00	0,700%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Pro-Hospital	101.540,00	2,000%
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	**$ 4.943.973,00**	

SON: CUATRO MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y TRES MIL NOVECIENTOS SETENTA Y TRES PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

elaboraciòn del plan de trabajo para la operaciòn del Porgrama Tecnoacademia Itinerante
Gestionar la operaciòn Tecnica y operativa del plan de trabajo
reporte de avance en indicadores y metas de la estrategia Tecnoacademia
Desarrollar las actividades de divulgación, apropiación del conocimiento y de la cultura
Participar en comités, mesas de trabajo y demás espacios de gestión, planeación, innovación, desarrollo tecnológico, investigación
Gestionar estrategias de sostenibilidad y redes de trabajo para el desarrollo y fortalecimiento de la Tecnoacademia
Validar y hacer seguimiento al registro de los facilitadores en la plataforma Tecnoacademia nacional, plataforma Sennova y sofia plus
Velar por la programación, cumplimiento, seguimiento y reporte de las actividades de los diferentes roles que conforman los equipos de
Cumplir cabal y oportunamente con las obligaciones frente al Sistema General de Salud, Pensiones y Riesgos Laborales que se especifica

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.

JUANA ISABEL MOLINA MARQUEZ
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,

JAIRO JOHN ABELLO CAMARGO
INSTRUCTOR G20

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

BICHARA JOSE ZABLEH HASBUN
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 32877726		MOLINA MARQUEZ JUANA ISABEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 29 # 13 42 BARRIO BAVARIA	SANTA MARTA-MAGDALENA	4355933	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-01	2021-01	896744914	9415414983	I	2021/02/05	2021/02/17	BANCOLOMBIA	12	$600,200

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)					$2,030,800	$325,000			$2,030,800	$253,900			$0	$0			$2,030,800	$21,300		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,030,800	$325,000			$2,030,800	$253,900			$0	$0			$2,030,800	$21,300		$0	$0
Ciudad: SANTA MARTA Depto: MAGDALENA (1 Afiliados)					$2,030,800	$325,000			$2,030,800	$253,900			$0	$0			$2,030,800	$21,300		$0	$0
1	CC	32877726 MOLINA JUANA	25-14	30	$2,030,800	$325,000	EPS005	30	$2,030,800	$253,900		0	$0	$0	14-23	30	$2,030,800	$21,300	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$2,030,800	$325,000			$2,030,800	$253,900			$0	$0			$2,030,800	$21,300		$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 32877726		MOLINA MARQUEZ JUANA ISABEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 29 # 13 42 BARRIO BAVARIA	SANTA MARTA-MAGDALENA	4355933	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-01	2021-01	896744914	9415414983	I	2021/02/05	2021/02/17	BANCOLOMBIA	12	$600,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$325,000	$0	$0	$325,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$325,000	$0	$0	$325,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$21,300	$0	$0	$21,300
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$21,300	$0	$0	$21,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$253,900	$0	$0	$253,900
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$253,900	$0	$0	$253,900
TOTAL				1	$600,200	$0	$0	$600,200

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 17 de febrero de 2021

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.	**1084607009**	**SAMUEL JOSE CHICRE MOLINA**	**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: JUANA ISABEL MOLINA MARQUEZ

C.C. 32.877.726

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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1084607009

Indicativo Serial 33278679

Datos de la oficina de registro Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 03 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código L Y F

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía

COLOMBIA MAGDALENA SANTA MARTA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
CHICRE	MOLINA

Nombre(s)

SAMUEL JOSE

Fecha de nacimiento			Sexo (en letras)	Clase nacimiento	Factor RH
Año 2013	Mes JUL	Día 03	MASCULINO	0	+

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

COLOMBIA MAGDALENA SANTA MARTA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	12059569-5

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

MOLINA MARQUEZ JUANA ISABEL

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 32.877.726	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

CHICRE LOPEZ MILETH JOSE

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 85.465.983	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

CHICRE LOPEZ MILETH JOSE

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. 85.465.983	

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 2013 Mes JUL Día 31

[illegible] funcionario que autoriza

[illegible] ÁNEZ SUAREZ

Nombre, cargo, firma y firma

Reconocimiento paterno

Nombre completo y firma de quien hace el reconocimiento

Firma Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -