SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES)
REGIONAL CAUCA
CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS - CAUCA - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION
Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1
Resoluciòn DIAN Nº 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)

Código Regional	**19**
Código Centro	**930710**
Fecha Elaboración	**Octubre de 2021**
Versión	**JUNIO 2021 - 3,21**
ID de Proceso	**04175-648494**
No. de documento	**254518**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	ANGELA VIVIANA RAMOS CAICEDO	**C.C.**	1.061.714.626	**IP/Nº de contacto**	22026
Correo electrónico contratista:	aramosca@sena.edu.co				

Régimen del IVA: NO RESPONSABLE **Pertenece al régimen simple de tributación?** NO **Es declarante de renta?** NO **Es Pensionado?** NO

Sus ingresos en el 2020 Superaron $49'849.000 NO **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** NO

Banco al cual consignar: BANCOLOMBIA **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 86874947701

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: 2184125/2021 **Nº Compromiso SIIF** **24721**

Valor Total del Contrato	$ 36.449.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 9.779.000	**8**	**Del**	**01/10/2021**	**Al**	**31/10/2021**	**$ 3.810.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 5.969.000		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

Prestar los servicios personales de carácter temporal, para orientar formación profesional integral - titulada de manera presencial o virtual, en el programa de areas trasversales, conforme a las necesidades del centro de comercio y servicios - SENA Regional Cauca. Para el área de: Ambiental.

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.810.000		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0,00%
			Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 3.810.000**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.245.950**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Octubre	Setiembre			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**9424877660**	Valor Base retención en la fuente	2.245.950,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.524.000	$ 1.524.000	Valor Base retención en la fuente ICA	3.375.600,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 190.500	$ 190.500	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 243.900	$ 243.900	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL I	$ 8.000	$ 8.000	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 300	6.751,00	0,200%
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -		-	0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.522.064	$ -		-	0,00	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.630.800	$ -		-	0,00	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta $ 1.161.856	$ 381.000		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 580.928	$ -				
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 748.650		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	**$ 3.803.249,00**	

SON: TRES MILLONES OCHOCIENTOS TRES MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y NUEVE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

1. Orientar procesos de formación profesional, en las fichas n° 2393681, 2393682. Competencia: Promover la interacción idónea consigo mismo, con los demás y con la naturaleza en los contextos laboral y social. Resultado de aprendizaje: Asumir responsablemente los criterios de preservación y conservación del Medio Ambiente. Desde el 1 de octubre, según reporte SofíaPlus.
2. Orientar procesos de formación profesional, en las fichas n° 2294035, 2254823, 2237903, 2279695. Competencia: Aplicar prácticas de protección ambiental, seguridad y salud en el trabajo. Resultados de aprendizaje: 01-Interpretar los problemas ambientales y de SST teniendo en cuenta los planes y programas establecidos por la organización y el entorno social, 02-Efectuar las acciones para la prevención y control de la problemática ambiental y de SST. Desde el 1 de octubre, según reporte SofíaPlus.
Entregar informes académicos que contengan: Juicios evaluativos.
Garantizar el pago oportuno de la seguridad social de cada mes para que éste se vea reflejado en la base de datos del FCSYGA.

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 VIVIANA RAMOS CAICEDO
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,

ADA LORENA CERON ROSERO
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

JOHN JAIRO MOTTA CALDERON
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 1061714626		RAMOS CAICEDO ANGELA VIVIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cr 2E #11-21	POPAYAN-CAUCA	8318321	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-09	2021-09	1159187097	9424877660	I	2021/10/07	2021/10/08	BANCOLOMBIA	1	$442,400

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
1	CC	1061714626	RAMOS CAICEDO ANGELA VIVIANA	231001	30	$1,524,000	$243,900	EPS005	30	$1,524,000	$190,500		0	$0	$0	14-23	30	$1,524,000	$8,000	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,524,000	$243,900			$1,524,000	$190,500			$0	$0			$1,524,000	$8,000		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$243,900	$0	$0	$243,900
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$243,900	$0	$0	$243,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$8,000	$0	$0	$8,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$8,000	$0	$0	$8,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$190,500	$0	$0	$190,500
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$190,500	$0	$0	$190,500
TOTAL				1	$442,400	$0	$0	$442,400

2021/10/08 10:46 AM

Pago electrónico

El pago electrónico de su autoliquidación se ha realizado exitosamente

Resumen del pago electrónico



Dirección IP:	186.85.173.252
Estado de la transacción:	APROBADA
Clave planilla:	9424877660
Valor:	442,400
Período de pago:	2021-09
No Transacción (CUS):	1159187097
Fecha:	2021/10/08
Banco:	BANCOLOMBIA
Aportes en línea:	9999001472382

Aceptar

Imprimir

Copyright © 2021 Aportes en Línea. Todos los derechos reservados.

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Popayán, octubre de 2021

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Popayán

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 empleada 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, tienen la calidad de dependiente a mi cargo:

T.I.	**1059243224**	**Juan Felipe Sánchez Ramos**	**HIJO**
R.C	**1059247518**	**Luciana Flor Ramos**	**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.

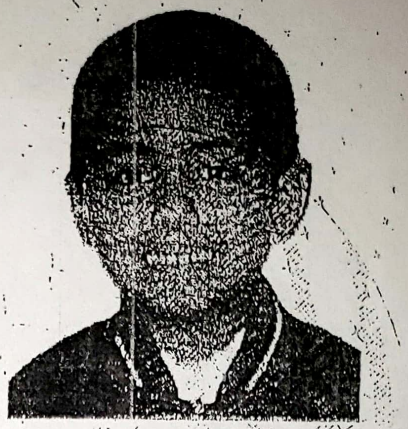
Igualmente con mi firma declaro: que **NINGUNA PERSONA** ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

Cordialmente,



FIRMA
Nombre: ANGELA VIVIANA RAMOS CAICEDO
C.C. 1061714626 de Popayán

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD



NÚMERO 1.059.243.224

SANCHEZ RAMOS

APELLIDOS

JUAN FELIPE

NOMBRES

Juan Felipe Sánchez

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 27-MAR-2010

POPAYAN
(CAUCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

27-MAR-2028

FECHA DE VENCIMIENTO

A+ G S RH

M SEXO

04-ABR-2017 POPAYAN

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



P-1100100-00903199-M-1059243224-20170508 0055288332A 1 7754383256

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1059243224

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 43545610

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número 03 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ **Código** 13

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

COLOMBIA CAUCA POPAYAN

Datos del Inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
SANCHEZ	RAMOS

Nombre(s)

JUAN FELIPE

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2010 Mes MAR Día 27	MASCULINO	A	POSITIVO

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

COLOMBIA CAUCA POPAYAN

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO DANE	52059695-4

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: RAMOS CAICEDO ANGELA VIVIANA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No 1.061.714.626 POPAYAN	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: SANCHEZ WILMER

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. no 10.302.120 POPAYAN	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: SANCHEZ WILMER

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C.C no 10.302.120 POPAYAN	Wilmer Sánchez

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 2010 Mes ABR Día 04

Nombre y firma del funcionario que autoriza

JOSE JOAQUIN GUTIERREZ VALENCIA

Nombre y firma

IMPRESO POR DANARAMIC S.A. NIT. 830015711-5 10223 10-21-09

- SELLADA COPIA PARA EL USUARIO -

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1.059.247.518

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 55723439

55723439

PRIMERA COPIA PARA LA DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
☐	X	03	☐	☐	☐	F 3 H

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

COLOMBIA - CAUCA - POPAYÁN

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
FLOR	RAMOS

Nombre(s)

LUCIANA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2015 Mes NOV Día 26	FEMENINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA CAUCA POPAYÁN

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO NACIDO VIVO	53344749-0

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

RAMOS CAICEDO ANGELA VIVIANA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CÉDULA DE CIUDADANÍA NO. 1.061.714.626	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

FLOR TORO ARIEL MAURICIO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CÉDULA DE CIUDADANÍA NO. 1.061.696.777	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

FLOR TORO ARIEL MAURICIO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CÉDULA DE CIUDADANÍA NO. 1.061.696.777	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

********** **********

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CÉDULA DE CIUDADANÍA NO. *.***.***.***	

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

********** **********

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CÉDULA DE CIUDADANÍA NO. *.***.***.***	

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2013 Mes DIC Día 04	MARIO OSWALDO ROSERO MERA Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	MARIO OSWALDO ROSERO MERA Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE REGISTRO DE VARIOS TOMO 35 FOLIO 111

IMPRESO POR FANAMERICANA FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 805.175.457-1 TEL. 430 2110

Hace constar:

Que el Sr(a) ANGELA VIVIANA RAMOS CAICEDO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1061714626 el día 22/10/2021 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el SENA.

La presente constancia tiene validez al interior de la entidad, en la generación de una cultura institucional incluyente, como acción afirmativa para promover acciones integrales y accesibles para las Personas con Discapacidad, de acuerdo con lo contenido en la Resolución 1726 de 2014, mediante la cual el SENA adopta su Política Institucional para la atención de personas con discapacidad.

Dirección de Empleo y Trabajo - Secretaría General - SENA

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas

ALCALDÍA DE POPAYÁN - CAUCA

SECRETARIA DE HACIENDA MUNICIPAL
"Popayán"

FORMULARIO ÚNICO NACIONAL DE DECLARACIÓN Y PAGO DEL IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO

POPAYÁN

NIT: 891.500.000-4

DEPARTAMENTO	DISTRITO	AÑO GRAVABLE	FECHA GRAVABLE PRESENT.	NÚMERO DE FORMULARIO	
CAUCA	POPAYAN	2020	30/06/2021		21020110006064

Opción de uso	DECLARACIÓN INICIAL	SOLO PAGO	DE CLARACIÓN DE CORRECCIÓN	No. DE DECLARACIÓN A CORREGIR	FECHA DE PRESENTACIÓN DE DECLARACION A CORREGIR
	X				

A. INFORMACION DEL CONTRIBUYENTE

1	APELLIDOS Y NOMBRES DEL PROPIETARIO O RAZÓN SOCIAL: ANGELA VIVIANA RAMOS CAICEDO								
2	C.C. X	NIT.	CE.	No. DOCUMENTO: 1061714626	D.V. 8	ES CONSORCIO O UNION TEMPORAL?		REALIZA ACTIVIDADES ATRAVÉS DE PATRIMONIO AUTÓNOMO?	
3	DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: CR 2 E 11 21								
	DEPARTAMENTO DE DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: CAUCA						MUNICIPIO O DISTRITO DE DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: POPAYAN		
4	TELÉFONO: 3233803409	5	CORREO ELECTRÓNICO: RAMOSANGELA@MISENA.EDU.CO		6	No. ESTABLECIMIENTOS: 0	7	CLASIFICACIÓN: NO APLICA	

B. BASE GRAVABLE

8	**TOTAL INGRESOS ORDINARIOS Y EXTRAORDINARIOS DEL PERIODO EN TODO EL PAÍS**	**37.247.000**
9	MENOS INGRESOS FUERA DE ESTE MUNICIPIO O DISTRITO	0
10	**TOTAL INGRESOS ORDINARIOS Y EXTRAORDINARIOS EN ESTE MUNICIPIO** (Renglón 8 menos 9)	**37.247.000**
11	MENOS INGRESOS POR DEVOLUCIONES, REBAJAS, DESCUENTOS	0
12	MENOS INGRESOS POR EXPORTACIONES	0
13	MENOS INGRESOS POR VENTA DE ACTIVOS FIJOS	0
14	MENOS INGRESOS POR ACTIVIDADES EXCLUIDAS O NO SUJETAS Y OTROS INGRESOS NO GRAVADOS	0
15	MENOS INGRESOS POR OTRAS ACTIVIDADES EXENTAS EN ESTE MUNICIPIO O DISTRITO (Por Acuerdo)	0
16	**TOTAL INGRESOS GRAVABLES** (Renglón 10 menos 11,12,13,14 y 15)	**37.247.000**

C. CODIGO ACTIVIDADES GRAVADAS

ACTIVIDADES GRAVADAS	CÓDIGO	INGRESOS GRAVADOS	TARIFA (por mil)	VALOR IMPUESTO
ACTIVIDAD 1 (PRINCIPAL)	85231	37.247.000	2	74.000
ACTIVIDAD 2				0
ACTIVIDAD 3				0
TOTAL INGRESOS GRAVADOS		37.247.000	17. TOTAL IMPUESTO GRAVADO	**74.000**
18 GENERACIÓN DE ENERGÍA	CAPACIDAD INSTALADA 0 KW		19. IMPUESTO LEY 56 DE 1981	**0**

D. LIQUIDACION PRIVADA

20	IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO (Renglón 17+19)	**74.000**
21	IMPUESTO DE AVISOS Y TABLEROS (15% del renglón 20)	0
22	PAGO POR UNIDADES COMERCIALES ADICIONALES DEL SECTOR FINANCIERO	0
23	SOBRETASA BOMBERIL (Ley 1575 de 2012) (Si la hay, liquídela según el acuerdo municipal o distrital)	0
24	SOBRETASA DE SEGURIDAD (Ley 1421 de 2011) (Si la hay, liquídela según el acuerdo municipal o distrital)	0
25	**TOTAL IMPUESTO A CARGO** (Renglón 20+21+22+23+24)	**74.000**
26	MENOS VALOR DE EXENCIÓN O EXONERACIÓN SOBRE EL IMPUESTO Y NO SOBRE LOS INGRESOS	0
27	MENOS RETENCIONES QUE LE PRACTICARON A FAVOR DE ESTE MUNICIPIO O DISTRITO EN ESTE PERIODO	66.000
28	MENOS AUTORRETENCIONES PRACTICADAS A FAVOR DE ESTE MUNICIPIO O DISTRITO EN ESTE PERIODO	0
29	MENOS ANTICIPO LIQUIDADO EN EL AÑO ANTERIOR	0
30	ANTICIPO DEL AÑO SIGUIENTE (Si existe, liquide porcentaje según acuerdo municipal o distrital)	0
31	**SANCIONES:** Extemporaneidad / Corrección / Inexactitud / Otra / ¿Cuál?	0
32	MENOS SALDO A FAVOR DEL PERIODO ANTERIOR SIN SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN O COMPENSACIÓN	0
33	**TOTAL SALDO A CARGO** (Renglón 25-26-27-28-29+30+31-32)	**8.000**
34	**TOTAL SALDO A FAVOR** (Renglón 25-26-27-28-29+30+31-32) (Si el resultado es menor a cero)	**0**

E. PAGO

35	VALOR A PAGAR	**8.000**
36	DESCUENTO POR PRONTO PAGO (Si existe, liquídelo según el acuerdo municipal o distrital)	**8.000**
37	INTERESES DE MORA	**0**
38	**TOTAL A PAGAR** (Renglón 35-36+37)	**0**

SECCIÓN PAGO VOLUNTARIO (solamente donde aplica esta opción)

39	LIQUIDE EL VALOR DEL PAGO VOLUNTARIO (Según instrucciones del Municipio/Distrito)	**0**
40	**TOTAL A PAGAR CON PAGO VOLUNTARIO** (Reglón 38+39)	**0**
	DESTINO DE MI APORTE VOLUNTARIO	

F. FIRMAS

FIRMA DEL DECLARANTE	FIRMA DEL CONTADOR	FIRMA DEL REVISOR FISCAL
Angela V Ramos		
NOMBRE: ANGELA VIVIANA RAMOS CAICEDO	NOMBRE:	
C.C. X C.E. No. 1061714626	C.C. X C.E. No.	No. T.P.

BANCO DE OCCIDENTE 26593 359
RECAUDO UNICO PARRAS ********5652
11:33:01 2021/06/24 Normal 057
7709998014619 0.00 D
34272562

Referencial :

***-**

(415)7709998014619(8020)0000210201100060064(3900)0000000000(96)20210630

Página 1 de 1

Para verificar esta declaración por favor escanee el Código QR o consulte el código CUD en www.oficialan.com.co/verificar =>

---- IMPRIMIR EN IMPRESORA LASER - GENERADA POR INTERNET - FECHA: 24/06/2021 - 10:44:58 ----

Escaneado con CamScanner