SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL GUAVIARE
CENTRO DE DESARROLLO AGROINDUSTR, TURISTICO Y TECNOLOG DEL GUA

Código Regional	**95**
Código Centro	**953310**
Fecha Elaboración	**Abril de 2020**
Versión	**MARZO 2020 - 3,20**
ID de Proceso	**11914-904271**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	DIANA CAROLINA VELASQUEZ SALCEDO	**C.C.**	1.120.575.748	**IP/Nº de contacto**	85321
Correo electrónico contratista:	carolina.ocupacional@gmail.com				

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** 82828795381

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

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato: 1344726/2020 **Nº Compromiso SIIF** **5120**

Valor Total del Contrato	$ 39.698.088	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 32.799.732	**3**	**Del**	**01/04/2020**	**Al**	**30/04/2020**	**$ 3.904.730,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 28.895.002		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.904.730		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	**$ 3.904.730**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.301.718**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Abril	Marzo
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**9404415803**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.561.892	$ 1.561.892
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 195.300	$ 195.300
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 250.000	$ 250.000
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 16.400	$ 16.400
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	$ 390.473	
Salud hasta $ 569.712	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 767.239	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.301.718,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.459.430,00	
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	**$ 3.904.730,00**	

SON: TRES MILLONES NOVECIENTOS CUATRO MIL SETECIENTOS TREINTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

ELABORACION DE GUIA DE APRENDIZAJE TECNÓLOGO EN GESTIÓN INTEGRADA DE LA CALIDAD, MEDIO AMBIENTE, SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL. FECHA:1752673
ELABORACION DE GUIA DE APRENDIZAJE TENCOLOGO GESTION EMPRESARIAL FICHA: 1752669
ELABORACION DE GUIA DE APRENDIZAJE TENCOLOGO GESTION EMPRESARIAL, FICHA: 1805914
ELABORACION DE GUIA DE APRENDIZAJE TECNICO EN CONTABILIZACIÓN DE OPERACIONES COMERCIALES Y FINANCIERAS FICHA: 2040877
1617661 SEGUIMIENTO ETAPA PRODUCTIVA TGO. SALUD OCUPACIONAL Ficha: 1617661 INGRID NATALY ROJAS SANCHEZ CRISTIAN RICARDO RINCON
INGRID NATALY ROJAS SANCHEZ CRISTIAN RICARDO RINCON

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.

DIANA CAROLINA VELASQUEZ SALCEDO
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,

GUSTAVO ADOLFO ACOSTA RODRIGUEZ
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

LUZ PIEDAD ECHEVERRY QUICENO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que VELASQUEZ SALCEDO DIANA CAROLINA identificado(a) con CC 1120575748 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para DIANA CAROLINA VELASQUEZ SALCEDO identificado(a) con CC 1120575748

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																IBC	Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip			
9404415803	593554879	I	2020-04-06	EPS	EPS037	NUEVA E.P.S.	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-03	30																		$1,561,892	12.5%	$195,300
9404415803	593554879	I	2020-04-06	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-03	30																		$1,561,892	16%	$250,000
9404415803	593554879	I	2020-04-06	AFP	230301	PORVENIR	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2020-03	30																		$1,561,892		$0
9404415803	593554879	I	2020-04-06	AFP	230301	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2020-03	30																		$1,561,892		$0
9404415803	593554879	I	2020-04-06	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2020-03	30																		$0	0%	$0
9404415803	593554879	I	2020-04-06	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2020-03	30																		$0	0%	$0
9404415803	593554879	I	2020-04-06	ARL	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2020-03	30																		$1,561,892	1.044%	$16,400

Este certificado se expide el día 2020-04-06 a las 11:39.

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1120575748		VELASQUEZ SALCEDO DIANA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	call 21 #23-87	SAN JOSE DEL GUAVIARE-GUAVIARE	5840267	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-03	2020-03	593554879	9404415803	I	2020/04/14	2020/04/06	BANCOLOMBIA	0	$461,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$250,000	$0	$0	$250,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$250,000	$0	$0	$250,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$16,400	$0	$0	$16,400
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$16,400	$0	$0	$16,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$195,300	$0	$0	$195,300
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$195,300	$0	$0	$195,300
TOTAL				**1**	**$461,700**	**$0**	**$0**	**$461,700**

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1120575748		VELASQUEZ SALCEDO DIANA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	call 21 #23-87	SAN JOSE DEL GUAVIARE-GUAVIARE	5840267	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-03	2020-03	593554879	9404415803	I	2020/04/14	2020/04/06	BANCOLOMBIA	0	$461,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES					
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	1120575748	VELASQUEZ DIANA																		230301	30	$1,561,892	$250,000	EPS037	30	$1,561,892	$195,300		0	$0	$0	14-23	30	$1,561,892	$16,400	0	$0	$0	No	$461,700
Total	**Afiliados(1)**																						$1,561,892	$250,000			$1,561,892	$195,300			$0	$0			$1,561,892	$16,400		$0	$0		$461,700

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Guaviare, 07 de abril de 2020

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
San José del Guaviare

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	**11205858131**	**AVRIL AINHOA CUESTA VELASQUEZ**	**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
DIANA CAROLINA VELASQUEZ SALCEDO
C.C. 1.120.575.748

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

58680344

NUIP 1.120.585.131

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 58680344

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [X] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código X 2 R

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

REGISTRADURIA DE SAN JOSE DEL GUAVIARE - COLOMBIA - GUAVIARE - SAN J

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
CUESTA	VELASQUEZ

Nombre(s)

AVRIL AINHOA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2018 Mes DIC Día 15	FEMENINO	A	POSITIVO

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

COLOMBIA GUAVIARE SAN JOSE DEL GUAVIARE

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	14983031-2

Datos de la 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

VELASQUEZ SALCEDO DIANA CAROLINA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.120.575.748	COLOMBIA

Datos de la 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 segundo apellido del inscrito)*

Apellidos y nombres completos

CUESTA MOSQUERA HARBY ESTEBAN

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.037.593.884	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

CUESTA MOSQUERA HARBY ESTEBAN

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.037.593.884	

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 DIC Día 24	JORGE MILLER VEGA DIAZ(E) REGIS Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -