SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

**FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES**
**REGIONAL QUINDÍO**
**CENTRO PARA EL DESARROLLO TECNOLOGICO DE LA CONSTRUCCION FP**

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **63** |
| **Código Centro** | **923110** |
| **Fecha Elaboración** | **Mayo de 2020** |
| **Versión** | **MAYO 2020 - 4,20** |
| **ID de Proceso** | **49692-332913** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

**Nombres y apellidos contratista:** IVAN DARIO GARCIA ORDOÑEZ
**Correo electrónico contratista:** igarciao@sena.edu.co
**C.C.** 18.468.387 **IP/Nº de contacto** 62865

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

**Sus ingresos en el 2019 Superaron $47.978.000** SI **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** SI

**Banco al cual consignar:** DAVIVIENDA **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 136970001048

**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:** NO

**Se acogió para el mes anterior, al pago parcial del aporte al Sistema General de Pensiones según el Art. 3 del Decreto N° 558:** SI

**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:** SI

## DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

**Nº del contrato:** 1345645/2020 **Nº Compromiso SIIF** 10920

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Valor Total del Contrato** | $ 36.753.333 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 30.000.833 | **4** | **Del** | **01/05/2020** | **Al** **31/05/2020** | **$ 3.700.000,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 26.300.833 | | Comisiones | | $ 0,00 | |

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 3.700.000 | | 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** | **$ 3.700.000** | | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 2.082.360** | | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

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

| | Mayo | Abril |
|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | ---------- | **7751748484** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 1.480.000 | $ 1.480.000 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 185.000 | $ 185.000 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 44.400 | $ 44.400 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 |
| ARL I | $ 7.800 | $ 7.800 |
| 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 | $ 990.830 | |
| 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 | $ 370.000 | |
| Salud hasta $ 569.712 | $ - | |
| Renta Exenta 25% $ 8.545.680 | $ 527.443 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Valor Base retención en la fuente | 2.082.360,00 | TARIFA |
| Valor Base retención en la fuente ICA | 3.470.600,00 | |
| 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 | |
| Aporte Voluntario Dec. 568/2020 | 0,00 | 0,000% |
| 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** | **$ 3.700.000,00** | |

**SON: TRES MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Atención a programas de formación virtual Fichas: 2108082-2108084-2108085.
Planeación y orientación de las Actividades de E-A-E para las fichas 2108082-2108084-2108085.
Utilización del aplicativo SOFIA PLUS en el enlace LMS a plataforma Territorium.
Alistamiento, Organización, estructuración y mantenimiento de la plataforma de ambientes virtuales de aprendizaje.
Participación en reuniones del equipo de formación virtual.
Registro de las actividades académicas adicionales a través del aplicativo Sofía Plus correspondientes al proyecto de investigación.
Alistamiento y ejecución de las sesiones de formación virtual asignadas.
Participación en proyecto de investigación SENNOVA: Representación digital 3D de bienes inmuebles en el municipio de Córdoba.

**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.

**IVAN DARIO GARCIA ORDOÑEZ**
**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,

**CARLOS ANDRES LOAIZA MARTINEZ**
**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**

**ANSTRONG ALBERTO GOMEZ RIOS**
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)**

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 18468387 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | IVAN DARIO GARCIA ORDOÑEZ |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | ARMENIA | DEPARTAMENTO: | QUINDIO |
| DIRECCIÓN: | CALLE 25N #13-41 / APTO 405- | TELÉFONO: | 7384980 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades de arquitectura e |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

## DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **7751748484** | | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: | abril | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | abril |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: | 2020 | SALUD: | AÑO: | 2020 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2020/05/07 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 619460722 |

## LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 900336004 | 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 44.400 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 44.400** |
| **SALUD** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800251440 | EPS005 | EPS005-SANITAS S.A. | 1 | $ 185.000 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 185.000** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 860011153 | 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | $ 36.100 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 36.100** |

| | |
|---|---|
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 265.500** |

DAVIVIENDA

## Pago PSE

Resultado de su transacción

**Código único CUS**
619460722

**Destino de pago**
SOI ACH

**Motivo**
Pago de la Planilla Integrada de Seguridad Social y Parafisacales

**Fecha**
07/05/2020

**Número de aprobación**
00460722

**Dirección IP**
191.102.196.197

**Valor transacción**
$ 265.500,00

**Costo de la transacción**
$ 0,00 IVA incluido

| Referencia 1 | Referencia 2 | Referencia 3 |
|---|---|---|
| 172.16.20.168 | CC | 18468387 |

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017. DAVIVIENDA

Bancolombia
NIT 890.903.938-8 D.V 8

**CERTIFICADO TRIBUTARIO CRÉDITO HIPOTECARIO**

| Fecha de Expedición | | | Año Gravable |
|---|---|---|---|
| Día | Mes | Año | |
| 11 | 03 | 2020 | 2019 |

| Agente Retenedor | NIT | DIV |
|---|---|---|
| Bancolombia S.A | 890.903.938 | 8 |
| **Dirección** | **Municipio** | **Departamento** |
| Carrera 48# 26-85 Torre Norte Piso 1 | Medellín | Antioquia |

**DEUDORES**

| Nombre | Cédula o Nit |
|---|---|
| IVAN DARIO GARCIA ORDOÑEZ | 18468387 |

| Información del Crédito | Número de Obligación | Fecha de Entrega | | | Fecha Vto. Definitvo | | | Línea de Crédito | Destinación del Préstamo |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Día | Mes | Año | Día | Mes | Año | | |
| | 72990009785 | 16 | 12 | 2015 | 16 | 12 | 2035 | PESOS | VIVIENDA |

**Información sobre saldos del crédito**

| Monto Original del Préstamo | Saldo a: | | | | Saldo a: | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Día | Mes | Año | Valor | Día | Mes | Año | Valor |
| $ 101,769,080.00 | 31 | 12 | 2018 | $ 100,662,243.00 | 31 | 12 | 2019 | $ 98,653,080.00 |

**Información sobre Pagos**

| Conceptos | Valores pagados en pesos |
|---|---|
| Capital | $ 1,998,864.00 |
| Intereses Corrientes | $ 11,889,954.00 |
| Interés de Mora | $ 0.00 |
| Corrección U.V.R. | $ 0.00 |
| Otros Conceptos | $ 0.00 |
| **VALOR TOTAL DEDUCIBLE** | **$ 11,889,954.00** |

| Gravamen a los Movimientos Financieros "GMF" (4X1000) | Base Gravable | Valor Gravamen |
|---|---|---|
| | $ 0.00 | $ 0.00 |

| | |
|---|---|
| Ciudad dónde se consignó el Gravamen a los Movimientos Financieros | **BOGOTA** |

Este certificado se expide sin firma autógrafa de conformidad con lo dispuesto en el art. 10 del D.R. 836 de 1991.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Armenia, 16 de marzo de 2020

Señores
**Grupo de Apoyo Administrativo Mixto**
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** |
|---|---|---|
| **JERONIMO GARCIA OCAMPO** | **R.C. 1092857275** | **1. 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,

***IVAN DARIO GARCIA ORDOÑEZ***
**CC. 18.468.387**

Anexo:

Registro civil de nacimiento

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

**NUIP** 1092857275

## REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

**Indicativo Serial** 53120096

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

| Registraduría | Notaría | Número | Consulado | Corregimiento | Inspección de Policía | Código |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | X | 05 | ☐ | ☐ | ☐ | 5011 |

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

COLOMBIA / QUINDÍO / ARMENIA

*Datos del inscrito*

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| GARCIA | OCAMPO |

Nombre(s)

JERONIMO

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2013 Mes NOV Día 22 | MASCULINO | A | POSITIVO |

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

COLOMBIA / QUINDÍO / ARMENIA

| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO DE NACIDO VIVO ********** | 11984883-1 |

*Datos de la madre*

Apellidos y nombres completos

OCAMPO ZULUAGA NATALY **********

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| C.C. No. 1.094.906.140 ARMENIA, QUINDÍO ********** | COLOMBIANA |

*Datos del padre*

Apellidos y nombres completos

GARCIA ORDOÑEZ IVAN DARIO **********

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| C.C. No. 18.468.387 QUIMBAYA, QUINDÍO ********** | COLOMBIANA |

*Datos del declarante*

Apellidos y nombres completos

GARCIA ORDOÑEZ IVAN DARIO **********

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| C.C. No. 18.468.387 QUIMBAYA, QUINDÍO ********** | |

*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 2013 Mes NOV Día 28 | JOSE RAMIRO GARCIA LADINO<br>Nombre y firma |

NOTARIA QUINTA ARMENIA NOTARIO

IMPRESO POR PANAMERICANA FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800.125.457-5 TEL. 4382110

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

*53120096*