

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL CALDAS		Código Regional	17
			Código Centro	922010
			Fecha Elaboración	Mayo de 2020
	ENTRO DE PROCESOS INDUSTRIALES Y CONSTRUCCION - CALDAS - SERVICIO		Versión	MAYO 2020 - 4,20
			ID de Proceso	29935-990494
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista:		ALEXANDRA NARANJO CARDONA		C.C.
Correo electrónico contratista:		alexa_nc@misena.edu.co		30.321.612
Régimen del IVA:		NO RESPONSABLE		IP/N° de contacto
Pertenece al régimen simple de tributación?		NO		3135217056
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:		DAVIVIENDA		SI
Tipo de cta		AHORROS		N° Cuenta
84170002558		Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2020 supera los \$ 117.503.000		NO
Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato?		NO		Tiene contratos de prestación de servicios con otras Entidades Públicas:
NO		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:
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		SI
DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO				
N° del contrato:		1343727/2020		N° Compromiso SIIF
5420		Periodo objeto de pago		Del
01/05/2020		Al		31/05/2020
Valor Total del Contrato		\$ 37.901.500		Valor Bruto Pago
Saldo Anterior del Contrato		\$ 27.162.742		\$ 3.790.150,00
Nuevo Saldo del Contrato		\$ 23.372.592		Comisiones
\$ 0,00		RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO		Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°
Ingresos por honorarios		\$ 3.790.150		Retención en la Fuente del Periodo
Ingresos por comisiones		\$ 0		0,00%
Ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 0		\$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO		\$ 3.790.150		Menos, Rete Fuente Otros Ingresos
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 2.382.026		\$ 0
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		Mayo		Abril
Ingreso Base de Cotización - IBC		7753170838		Valor Base retención en la fuente
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 1.516.060		2.382.026,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 189.600		3.555.050,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ 45.500		Valor base IVA
ARL		\$ 8.000		0,00
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ -		IVA (Si es RESPONSABLE)
Aportes voluntarios a cuentas AFC		\$ -		0,00
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.128.000		\$ -		Menos Retención en la Fuente
Intereses Prestamo de Vivienda		\$ 3.560.700		0,00
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -		Menos Retención IVA
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -		0,00
Aportes A.R.L. de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -		15%
Dependientes hasta		\$ 1.139.424		Reteica - 8299
Salud hasta		\$ 569.712		13.154,00
Renta Exenta 25%		\$ 8.545.680		0,370%
Retención en la Fuente Contingente		\$ -		0,00
Valor Base retención en la fuente		\$ 3.790.150		0,00
Valor Base retención en la fuente ICA		\$ 1.516.060		0,00
Valor base IVA		\$ 189.600		0,00
IVA (Si es RESPONSABLE)		\$ 45.500		0,00
Menos Retención en la Fuente		\$ -		0,00
Menos Retención IVA		\$ -		0,00
Reteica - 8299		\$ 8.000		0,00
Aporte Voluntario Dec. 568/2020		\$ -		0,00
Otras Retenciones		\$ -		0,00
Otras Retenciones		\$ -		0,00
Otras Retenciones		\$ -		0,00
Otras Retenciones		\$ -		0,00
Otras Retenciones		\$ -		0,00
Descuentos de Libranza		\$ 379.015		0,00
Descuentos de embargo (Si tiene)		\$ 569.712		0,00
VALOR A PAGAR		\$ 794.009		\$ 3.776.996,00
SON: TRES MILLONES SETECIENTOS SETENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y SEIS PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
English Dot works 7 2111502 English Dot works 7 2111511 English Dot works 7 2112046 English Dot works 7 2114168 English Dot works 7 2119238				
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.				
ALEXANDRA NARANJO CARDONA 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 periodo 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.				
FERNANDO ARCINIEGAS CORDOBA INSTRUCTOR G09				
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				
JUAN CARLOS RUGE OSORIO SUBDIRECTOR DE CENTRO G02				

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 30321612
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	ALEXANDRA NARANJO	
CIUDAD/MUNICIPIO:	MANIZALES DEPARTAMENTO:	CALDAS
DIRECCIÓN:	CRA 36 97 - 50	TELÉFONO: 3136684
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	7753170838	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):	2020/05/21	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 631734328

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 45.500
SUBTOTAL:			1	\$ 45.500
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800130907	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1	\$ 189.600
SUBTOTAL:			1	\$ 189.600
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	\$ 8.000
SUBTOTAL:			1	\$ 8.000

TOTAL PAGADO:	\$ 243.100
----------------------	-------------------

DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	30321612	NÚMERO PLANILLA:	7753170838	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			ALEXANDRA NARANJO	PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	2020 PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	2020
CIUDAD/MUNICIPIO:	MANIZALES	DEPARTAMENTO:	CALDAS	DÍAS DE MORA:	0		
DIRECCIÓN:	CRA 36 97 - 50	TELÉFONO:	3136684	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2020/05/21	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	631734328
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE				
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act				
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO						
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO				

TOTAL APORTES A PENSIÓN													
ADMINISTRADORA			No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE	EMPLEADOR			COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO	
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 45.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 45.500	\$ 0	\$ 45.500	
SUBTOTALES:										\$ 45.500	\$ 0	\$ 45.500	

TOTAL APORTES A SALUD																
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 189.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 189.600	\$ 0	\$ 0	\$ 189.600
SUBTOTALES:													\$ 189.600	\$ 0	\$ 0	\$ 189.600

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 8.000	\$ 8.000	\$ 0	\$ 0	\$ 8.000
SUBTOTALES:									\$ 8.000	\$ 0	\$ 0	\$ 8.000

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																						
DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES										PENSIÓN										SEGURIDAD SOCIAL										PARAFISCALES														
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	SAL INTEGRAL COLOMBIANO	REFORMA EXTRANJERO	RETRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN					SALUD					ARP					DÍAS COT	IBC	CCF					SEN	ICBF	ESAP	MINEDU					
																								ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP	APORTES VOLUNTARIOS	INDICADOR	TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE			ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE					ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 30321612	NARANJO CARDONA ALEXANDRA	INDEPENDIENTE	CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS	\$ 1.516.060			NO																25-14 COLPENSIONES	30	1.516.060	\$	\$ 45.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 45.500	EPS002-SALUD TOTAL	30	1.516.060	\$	\$ 189.600	\$ 0	\$ 189.600	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	1.516.060	\$	\$ 30321612	\$ 8.000		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL	\$ 243.100
--------------	-------------------

Notificación
de pago en línea



Has recibido una notificación correspondiente a una transacción realizada a través de pagos PSE de Bancolombia.

Pago realizado por: NATALIA AGUIRRE NARANJO

Tienda virtual o recaudador: SOI ACH

Nro. de recibo: 7753170838

Descripción del pago: Pago de la Planilla Integrada de Seguridad Social y Parafiscales

Identificación del contribuyente: 172.16.20.158

Concepto: CC

Razón Social: 30321612

Fecha y hora de la transacción: Jueves 21 de Mayo de 2020 10:53:54 AM

Nro. de comprobante: 0000012836

Valor pagado: \$ 243,100.00

Cuenta: *****8675

Activar Windows

Ve a Configuración para activar Windows.

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Manizales, 31 mayo de 2020

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIAJE (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:

C.C.	1053859528	Laura Sofía Aguirre Naranjo	HIJO
------	------------	-----------------------------	------

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Elija un elemento.

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,

A handwritten signature in black ink on a light-colored background. The signature is written in a cursive style and reads "Alexandra Naranjo Cardona".

FIRMA

Nombre: Alexandra Naranjo Cardona.

C.C. 30321612

GRF-F-063 V.02

NO IMPRIMA ESTA HOJA ES SOLAMENTE DE CARÁCTER

**INFORMATIVO REQUISITOS PARA DEDUCCIONES
POR DEPENDIENTES**

En el siguiente cuadro se relacionan los requisitos y documentos que se deben adjuntar para poder acceder al beneficio de disminución de retención en la fuente, por dependientes:

DEDUCCION	CONCEPTO	REQUISITOS
DEPENDIENTES	Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad.	Registro civil de nacimiento
	Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES ' o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.	Recibo de pago de matrícula de instituciones debidamente acreditadas
	Los hijos del contribuyente mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Medicina Legal
	El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal
	Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal



Universidad de Caldas

Juntos para Reconocerlos

LA UNIVERSIDAD DE CALDAS FUE CREADA MEDIANTE ORDENANZA No. 96 DE 1943, Y LA LEY No. 8 DEL 8 DE AGOSTO DE 1967 LA CONSTITUYÓ EN ESTABLECIMIENTO PÚBLICO DE ORDEN NACIONAL, ADSCRITO AL MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y DECRETO 1297 DE 1964.
NIT 890.001.963 - 0

Certificado Académico No. **224362**

EL JEFE DE LA OFICINA DE ADMISIONES Y REGISTRO ACADÉMICO

CERTIFICA

Que **LAURA SOFIA AGUIRRE NARANJO**, con Código 691422567 e identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 1053859528, expedida en MANIZALES, se encuentra cursando para el SEGUNDO PERIODO del año 2019, su séptimo semestre en el programa de GEOLOGIA, adscrita a la Facultad de CIENCIAS EXACTAS Y NATURALES, de lunes a viernes, y con una intensidad horaria semanal de 16 horas, entre presenciales y prácticas.

Que el programa académico es de carácter Presencial.

Que el programa de GEOLOGIA, adscrita a la Facultad de FACULTAD CIENCIAS EXACTAS Y NATURALES, tiene una duración oficial de 10 semestres (5 AÑOS).

Que debido al cese de actividades académicas por motivo del paro Nacional de las Universidades Públicas, el SEGUNDO periodo académico será entre el 02 de Septiembre de 2019 y 20 de Marzo de 2020.

Manizales, 20 de Febrero de 2020.

PAULA MARCELA RESTREPO LOPEZ
Jefe

Elaborado por: LUCILA OCAMPO SERNANDEZ

Calle 65 No. 28-32
PBX (373) 680915-20
academ@ucaldas.edu.co
www.ucaldas.edu.co
Manizales - Caldas

Gestión con **Autonomía**



Página 1 de 1

