SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL VALLE
CENTRO DE TECNOLOGIAS AGROINDUSTRIALES-VALLE

Código Regional	**76**
Código Centro	**954310**
Fecha Elaboración	**Julio de 2020**
Versión	**MAYO 2020 - 4,20**
ID de Proceso	**34252-161491**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: CLAUDIA MILENA SOTO ALZATE
Correo electrónico contratista: csotoa@sena.edu.co
C.C. 31.425.213 **IP/Nº de contacto** 3113383786

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 ?** NO

Banco al cual consignar: BANCO AGRARIO DE COLOMB **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 469782018033

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: N/A

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: N/A

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato: 1344242/2020 **Nº Compromiso SIIF** 12220

Valor Total del Contrato	$ 37.269.710	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 19.077.030	**6**	**Del**	**01/07/2020**	**Al**	**31/07/2020**	**$ 3.790.140,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 15.286.890		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.790.140	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	**$ 3.790.140**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.234.195**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**		**$ 0**

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

	Julio	Junio			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**4343639390**	Valor Base retención en la fuente	2.234.195,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.516.056	$ 1.516.056	Valor Base retención en la fuente ICA	3.357.940,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 189.600	$ 189.600	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 242.600	$ 242.600	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 - 8523	6.716,00	0,200%
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -		-	0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.128.000	$ -		-	0,00	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.560.700	$ -		Aporte Voluntario Dec. 568/2020	0,00	0,000%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Pro-UCEVA	18.951,00	0,500%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Universidad del Pacífico	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 $ 1.139.424	$ 379.014		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 569.712	$ -				
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 744.732		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	**$ 3.764.473,00**	

SON: TRES MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS SETENTA Y TRES PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Durante el mes en curso se imparte formación profesional a las fichas asignadas en el programa de articulacióncon la educación media

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.

CLAUDIA MILENA SOTO ALZATE
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,

JUAN CARLOS DIAZ POSADA
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

GERARDO AUGUSTO CASTRO MUÑOZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

Cartago, julio de 2020

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:

NUIP - NIP	**1.113.866.620**	**Salomé Quintero Soto**	**HIJO**
TI	**1.006.295.164**	**Juan Esteban Quintero Soto**	**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: Claudia Milena Soto Alzate

C.C. 31.425.213 Cartago (V)

REPÚBLICA DE COLOMBIA

+ 483

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

NUIP 1.113.866.620 S.P

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 51134732

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
☐	X	01	☐	☐	☐	V 7 J

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

COLOMBIA VALLE CARTAGO

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
QUINTERO	SOTO

Nombre(s)

SALOME

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2013 Mes SEP Día 30	FEMENINO	A	+

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

CLINICA COMFANDI COLOMBIA VALLE CARTAGO

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	12204808 -0

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

SOTO ALZATE CLAUDIA MILENA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad

Scanned with CamScanner

C.C. No. 31.425.213 DE CARTAGO	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

QUINTERO PARRA CARLOS AUGUSTO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 79.914.209 DE BOGOTA	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

QUINTERO PARRA CARLOS AUGUSTO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. No. 79.914.209 DE BOGOTA	x

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.	X.X.X.X.X.X.X.X.X.

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.	X.X.X.X.X.X.X.X.X.X

Fecha de inscripción

Año 2 0 1 3 Mes O C T Día 0 1

Nombre y firma del funcionario que autoriza

DR. GUILLERMO HEBERT SALCEDO PEREIRA

Nombre y firma

REPUBLICA DE COLOMBIA ... CARTAGO - VALLE

IMPRESO POR THOMAS GREG & SONS DE COLOMBIA S.A. NIT 860.005.080-2 TEL. 381 0240

Scanned with CamScanner

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

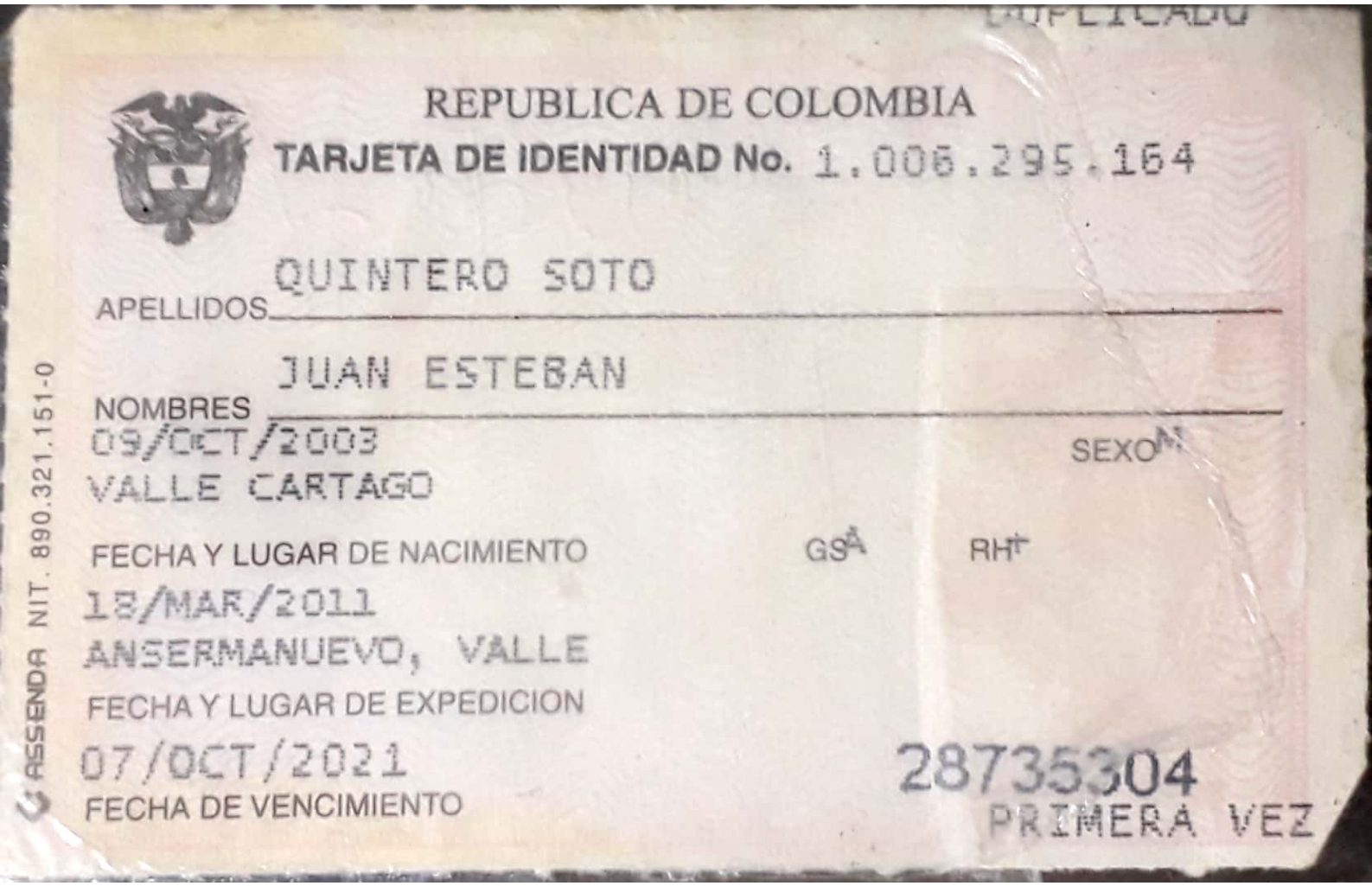


FIRMA DEL
REGISTRADOR MUNICIPAL

INDICE DERECHO



Scanned with CamScanner


DUPLICADO

REPUBLICA DE COLOMBIA

TARJETA DE IDENTIDAD No. 1.006.295.164

APELLIDOS QUINTERO SOTO

NOMBRES JUAN ESTEBAN

09/OCT/2003

SEXO M

VALLE CARTAGO

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

GS A RH +

18/MAR/2011

ANSERMANUEVO, VALLE

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

07/OCT/2021

28735304

FECHA DE VENCIMIENTO

PRIMERA VEZ

ASSENDA NIT. 890.321.151-0

Scanned with CamScanner

Bancoomeva

Registro Transacciones Caja

No.TRN 080 Recaudos EPS - PILA - PIN Único-EN LINEA
OFICINA 1501 Cartago
CAJERO CTFXDE02
FECHA 2020/06/25 HORA 13:07:04
NOMBRE APORTANTE CLAUDIA MILENA SOTO
CEDULA/NIT 31425213

EFECTIVO 440,200.00
TOTAL 440,200.00
PLANILLA 4343639390
Periodo de pago: Año 2020 - Mes 6

POR FAVOR VERIFIQUE QUE LA INFORMACION
IMPRESA ES CORRECTA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

NIT. 900.406.150-5

Cliente

Impreso por Imagenes Graficas S.A NIT. 805.015.407-1

SF-FT-511/V4(Anverso)

Escaneado con CamScanner

Colpen
SAS
Por I

Junio
2020

9390

SOLO PARA CONTINGENCIA

Consignación ☐ Retiro ☐ Pago Factura ☐	**No. Cuenta/C.C.**

Solo aplica para transacciones de entrega de efectivo al Cliente.
Acepto solicitar servicio de escolta de la Policia: SI ☐ NO ☐

Firma: Claudia Soto.

c.c.: 31.425.213.

Valor $ 440.200

Las transacciones realizadas después del horario normal de Oficina serán procesadas al siguiente día hábil.

Antes de retirarse de la Caja verifique que la información impresa en este formato sea correcta.
Cliente: Copia física
Banco: Formato electrónico original

Para mayor información sobre nuestros productos y servicios ingrese a:
www.bancoomeva.com.co

SF-FT-511/V4(Reverso)

Escaneado con CamScanner

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	31425213
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			CLAUDIA MILENA SOTO ALZATE SOTO ALZATE
CIUDAD/MUNICIPIO:	CARTAGO	DEPARTAMENTO:	VALLE
DIRECCIÓN:	TRANSVERSAL 6 # 15-81 LA	TELÉFONO:	2107778
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor a cambio
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4343639390**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	junio	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	junio
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2020	SALUD:	AÑO:	2020
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2020/06/25	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		62518419

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 242.600
SUBTOTAL:			1	**$ 242.600**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
805001157	EPS018	EPS018-S.O.S.	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:	**$ 440.200**