

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL QUINDÍO		Código Regional	63
			Código Centro	923110
			Fecha Elaboración	Septiembre de 2020
			Versión	AGOSTO 2020 - 5,20
CENTRO PARA EL DESARROLLO TECNOLÓGICO DE LA CONSTRUCCIÓN FP			ID de Proceso	04839-262498
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista:		ANA MILENA RIOS MARTINEZ amriosm@sena.edu.co	C.C.	53.060.780
Correo electrónico contratista:			IP/N° de contacto	62667
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
			N° Cuenta	86760220282
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:		☐ N/A		
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				
N° del contrato:	1327519/2020	N° Compromiso SIIF	6520	
Valor Total del Contrato	\$ 38.726.667	N ° Pago	8	
Saldo Anterior del Contrato	\$ 13.073.334	Periodo objeto de pago	Del 01/09/2020 Al 30/09/2020	
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 9.373.334	Comisiones	\$ 0,00	
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios	\$ 3.700.000	Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°	0,00%	
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0	
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0	Menos, Rete Fuente Otros Ingresos	\$ 0	
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 3.700.000	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0	
BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE	\$ 2.181.150			
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	Septiembre	Agosto	Valor Base retención en la fuente	2.181.150,00
Ingreso Base de Cotización - IBC	7763175420		Valor Base retención en la fuente ICA	3.278.200,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 1.480.000	\$ 1.480.000	Valor base IVA	0,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 185.000	\$ 185.000	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00 19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ 236.800	\$ 236.800	Menos Retención en la Fuente	0,00 0,00%
ARL	\$ -	\$ 0	Menos Retención IVA	0,00 15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ 7.800	\$ 7.800	Reteica - 8299	0,00 0,000%
Aportes voluntarios a cuentas AFC	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00 0,000%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.128.000	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00 0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda	\$ 3.560.700	\$ -	Otras Retenciones	0,00 0,000%
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	\$ -	\$ -	Descuentos de Libranza	0,00
Aportes A.R.L. de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00
Dependientes hasta	\$ 1.139.424	\$ 370.000	VALOR A PAGAR	\$ 3.700.000,00
Salud hasta	\$ 569.712	\$ -		
Renta Exenta 25%	\$ 8.545.680	\$ 727.050		
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	\$ -		
SON: TRES MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Orientar formación profesional integral a las fichas asignadas Orientar formación profesional integral siguiendo normas de seguridad y salud ocupacional, así mismo socializar dichas normas por medio Reportar un máximo de 160 horas mensuales de formación directa y complementaria Orientar formación profesional integral en el área de bilingüismo siguiendo lineamientos de la Dirección de Formación profesional del Impartir formación profesional integral acatando la Constitución Política y siguiendo los principios de la contratación estatal Ingresar a los sistemas de información y gestión del Sena debidamente con las contraseñas asignadas Realizar pago de los aportes del sistema de seguridad social integral para el mes de agosto de acuerdo al decreto 1273 de 2018				
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.			ANA MILENA RIOS MARTINEZ EL CONTRATISTA	
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO				
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:			Autorizo el presente pago. El Supervisor,	
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.			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

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 53060780
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	ANA MILENA RIOS MARTINEZ RIOS MARTINEZ	
CIUDAD/MUNICIPIO:	ARMENIA	DEPARTAMENTO: QUINDIO
DIRECCIÓN:	CRA 19 # 1N-00 BLOQUE 9 APTO	TELÉFONO: 7339188
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:	7763175420	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: agosto	PERIODO COTIZACIÓN MES: agosto
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2020	SALUD: AÑO: 2020
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2020/09/03	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 731340809

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 236.800
SUBTOTAL:			1	\$ 236.800
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	\$ 7.800
SUBTOTAL:			1	\$ 7.800

TOTAL PAGADO:	\$ 429.600
---------------	------------



¡Bien hecho!

El pago ha sido debitado de tu cuenta. Presiona "Finalizar" para regresar al sitio recaudador y notificarle el resultado de la transacción.

Compra online SOI ACH

Nro. de recibo: 7763175420

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

Identificación del contribuyente: 172.16.20.168

Concepto: CC

Razón Social: 53060780

Nro. de comprobante: 0000024759

Valor pagado: \$ 429,600.00

Cuenta: *****0282 - Ahorros

También puedes

 [Descargar resumen](#)



CERTIFICACION DEPENDIENTES

Armenia, 10 de septiembre 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 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:

T.I.	1127242936	Camila Cuervo Rios	HIJO
T.I.	1127242935	Nicolás Cuervo Rios	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,



Firmado digitalmente por
Ana Milena Rios Martinez

FIRMA

Nombre: Ana Milena Rios Martínez
C.C. 53.060.780

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

43224896

NUIP	1127242936
------	------------

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina				Código		CON
Registraduría	Notaría	Número	Consulado ☒	Corregimiento	Inspección de Policía	
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía						
ESTADOS UNIDOS DE AMERICA FLORIDA MIAMI CONSULADO GENERAL DE COLOMBIA						

Datos del inscrito				Segundo Apellido			
Primer Apellido				RIOS			
CUERVO							
Nombre(s)							
CAMILA							
Fecha de nacimiento				Sexo (en letras)		Grupo sanguíneo	
Año 2 0 0 4 Mes S E P Día 1 1				FEMENINO		O +	
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)							
ESTADOS UNIDOS DE AMERICA FLORIDA MIAMI/MIAMI DADE							

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIM	109-2004-150639

Datos de la madre	
Apellidos y nombres completos	
RIOS MARTINEZ ANA MILENA	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 53060780 CONS MIAMI	COLOMBIANA

Datos del padre	
Apellidos y nombres completos	
CUERVO MARMOLEJO ADRIANO	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 79934306 BOGOTA	COLOMBIANA

Datos del declarante	
Apellidos y nombres completos	
ADRIANO CUERVO MARMOLEJO	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 79934306 BOGOTA	

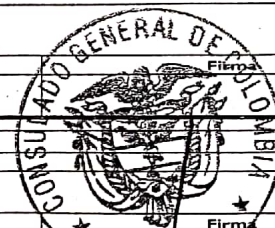
Datos primer testigo	
Apellidos y nombres completos	

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	Mes	Día	
2 0 0 9	A G O	3 1	

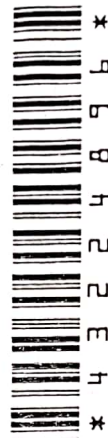


PAULO CESAR MINA

Nombre y firma

IMPRESO POR PARAGUAYANA FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800.175.457-5 TEL. 430.2110

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -



REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

**REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO**

Indicativo
Serial

43224895

NUIP 1127242935

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina				Código		CON	
Registraduría ☐	Notaría ☐	Número ☐	Consulado ☒	Corregimiento ☐	Inspección de Policía ☐		
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía							
ESTADOS UNIDOS DE AMERICA FLORIDA MIAMI CONSULADO GENERAL DE COLOMBIA							

Datos del inscrito				Segundo Apellido			
Primer Apellido				RIOS			
Nombre(s)							
NICOLAS							
Fecha de nacimiento				Sexo (en letras)		Grupo sanguíneo	
Año	2	0	0	Mes	N	C	V
Día	2	7	MASCULINO		B		Factor RH
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)							
ESTADOS UNIDOS DE AMERICA FLORIDA MIAMI/MIAMI DADE							

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIM	109-2006-212056

Datos de la madre	
Apellidos y nombres completos	
RIOS MARTINEZ ANA MILENA	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 53060780 CONS MIAMI	COLOMBIANA

Datos del padre	
Apellidos y nombres completos	
CUERVO MARMOLEJO ADRIANO	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 79934306 BOGOTA	COLOMBIANA

Datos del declarante	
Apellidos y nombres completos	
ADRIANO CUERVO MARMOLEJO	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 79934306 BOGOTA	

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	2	0	0	Mes	A
Día	0	0	Nombre y firma		
				PAULO CESAR MINA	



- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

