SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL QUINDÍO
CENTRO DE COMERCIO Y TURISMO - QUINDIO - SERVICIOS PRESTADOS A LA

Código Regional	**63**
Código Centro	**953810**
Fecha Elaboración	**Septiembre de 2020**
Versión	**AGOSTO 2020 - 5,20**
ID de Proceso	**29348-489275**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: CLAUDIA BIBIANA MARTÍNEZ DUCUARA
Correo electrónico contratista: cbmartinezd@sena.edu.co
C.C. 41.931.445 **IP/Nº de contacto** 62711

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 NO **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** SI

Banco al cual consignar: BANCOLOMBIA **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 86549342576

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

Nº del contrato: 1405995/2020 **Nº Compromiso SIIF** 21720

Valor Total del Contrato	$ 33.793.333	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 11.346.666	**8**	**Del**	**01/09/2020**	**Al**	**30/09/2020**	**$ 3.700.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 7.646.666		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	**$ 2.181.150**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Septiembre	**Agosto**	Valor Base retención en la fuente	2.181.150,00	TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**7763520551**	Valor Base retención en la fuente ICA	3.278.200,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.480.000	$ 1.480.000	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 185.000	$ 185.000	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 236.800	$ 236.800	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
ARL I	$ 7.800	$ 7.800	Reteica - 8299	0,00	0,000%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		-	0,00	
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	$ -		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	$ -		Otras Retenciones	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	$ 370.000				
Salud hasta $ 569.712	$ -		Descuentos de Libranza	0,00	
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 727.050		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		**VALOR A PAGAR**	**$ 3.700.000,00**	

SON: TRES MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Comunicación por mensajes de whassap, correos electrónicos y sesiones sincronicas por plataforma google meet con los aprendices de l
aprendices de las fichas 1992654, 2026976, 2027012, 2027013,2027029,2067039,2027108, 2069856, 2027023, 2027069,Se evalúan aprendizaje
Se participo en la transferencia métodos para la continuidad de procesos formativos mediante capacitaciones-Se evalúan actividades y
Se realizó la ejecución de la formación profesional integral de acuerdo al horario asignado por ficha , se imparte presencial hasta el
Se aplicó la estrategia de enseñanza – aprendizaje- seguimiento y evaluación de acuerdo a los lineamientos,Se cumple con los lineamie
Se evalúan las evidencias de actividades 2027111,2069856,2027013-Se participo en la transferencia métodos para la continuidad de proce
Se aplicó y se hizó cumplir los ítems del reglamento del aprendiz manual de convivencia del Centro de Formación de manera virtual, en
Se acatan los lineamientos del sistema integrado de Gestion y el Sistema de Seguridad de Salud en el Trabajo-Se realizó el apoyo al ce
Las demás actividades desarrolladas se veràn reflejadas en el informe mensual contractual anexo a esta planilla

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 BIBIANA MARTÍNEZ DUCUARA
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,

JOHN DANILO PEREZ ROJAS
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

CESAR AUGUSTO OSPINA PUERTAS
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	41931445
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			CLAUDIA BIBIANA MARTINEZ DUCUARA MARTINEZ DUCUARA
CIUDAD/MUNICIPIO:	ARMENIA	DEPARTAMENTO:	QUINDIO
DIRECCIÓN:	BARRIO LA FACHADA MANZANA 34 CASA 30	TELÉFONO:	3164168
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

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**7763520551**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES agosto	AÑO 2020	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES agosto	AÑO 2020
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2020/09/07	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		734692371

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	$ 237.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 237.000	$ 0	$ 237.000
SUBTOTALES:										**$ 237.000**	**$ 0**	**$ 237.000**

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
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 185.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 185.200	$ 0	$ 0	$ 185.200
SUBTOTALES:													**$ 185.200**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 185.200**

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	$ 7.800	$ 7.800	$ 0	$ 0	$ 7.800
SUBTOTALES:									**$ 7.800**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 7.800**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																								PARAFISCALES								
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN								SALUD							ARP										CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
																													FSP		APORTES VOLUNTARIOS																													
																											ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 41931445	MARTINEZ DUCUARA CLAUDIA BIBIANA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.481.000				NO																		25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.481.000	$ 237.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 237.000	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.481.000	$ 185.200	$ 0	$ 185.200	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.481.000	899999903	$ 7.800		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 430.000**

Comprobante

de pago en línea

SOI ACH

Pago realizado por: CLAUDIA BIBIANA MARTINEZ DUCUARA

Nro. de recibo: 7763520551

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

Identificación del contribuyente: 172.16.20.168

Concepto: CC

Razón Social: 41931445

Fecha y hora de la transacción: Lunes 7 de Septiembre de 2020 07:12:17 AM

Nro. de comprobante: 0000030746

Valor pagado: $ 430,000.00

Cuenta: *******2576

Bancolombia S.A.

Comuníquese con nuestra Sucursal Telefónica Bancolombia: Bogotá 343 0000 - Medellín 510 9000 - Cali 554 0505 - Barranquilla 361 8888 - Cartagena 693 4400 - Bucaramanga 697 2525 - Pereira 340 1213 - El resto del país 01 800 09 12345 - Sucursales Telefónicas en el exterior: España 900 995 717 - Estados Unidos 1866 379 9714, en caso de recibir una alerta o notificación de una transacción que presenta alguna irregularidad.

Bancolombia nunca le solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com

SENA - CFP-639538
Radicacion Recibida
No:63-1-2020-001708
12/03/2020 08:07:31 a.m.
Destinatario: 639538

Armenia 12 /03/2020

Señores
Grupo de Apoyo Administrativo Mixto (Regional Quindío)
Servicio Nacional de Aprendizaje SENA
Armenia

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
Brayan Restrepo Martinez	c.c 1094969726	Hijos estudiantes entre 18 y 23 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,

Claudia Bibiana Martinez Ducuara
c.c 41.931.445 de Armenia.

Anexo: Relación de documentos que anexa el trabajador.

- Registro civil de nacimiento ___
- Certificado de estudios. X
- Certificado contador público. ___
- Certificado medicina legal. ___

Escaneado con CamScanner

EL DEPARTAMENTO DE CONTABILIDAD
DEL POLITÉCNICO GRANCOLOMBIANO

CERTIFICA

Que el(la) alumno(a) **RESTREPO MARTINEZ BRAYAN**, identificado(a) con cédula de ciudadanía 1094969726 expedida en ARMENIA, se matriculó en el año 2020 para la carrera de **PROFESIONAL EN GESTION DE LA SEGURIDAD Y LA SALUD LABORAL** en la modalidad **Virtual**, cancelando la suma de **TRES MILLONES TRESCIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE** (**$3.334.340,00**), cancelados así:

Para el primer periodo del año 2020 canceló la suma de **UN MILLON SEISCIENTOS SESENTA Y SIETE MIL CIENTO SETENTA PESOS M/CTE ($1.667.170,00)**

Para el segundo periodo del año 2020 canceló la suma de **UN MILLON SEISCIENTOS SESENTA Y SIETE MIL CIENTO SETENTA PESOS M/CTE ($1.667.170,00)**

La presente se expide a solicitud del (la) interesado(a) el día lunes, 07 de septiembre de 2020

Nota: Los certificados y/o constancias que presenten enmendaduras no tendrán validez.
Ins tución sujeta a inspección y vigilancia por el Ministerio de Educación Nacional

LAS PERSONAS JURIDICAS PODRAN ENTREGAR LOS CERTIFICADOS DE RETENCION EN FORMA CONTINUA IMPRESA POR COMPUTADOR, SIN NECESIDAD DE FIRMA AUTOGRAFA DECRETO REGLAMENTARIO 836/91 ART. 10.