SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

**FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES**
**REGIONAL ANTIOQUIA**
**CENTRO TEXTIL Y DE GESTION INDUSTRIAL - ANTIOQUIA - SERVICIOS A LA FO**

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **5** |
| **Código Centro** | **920610** |
| **Fecha Elaboración** | **30 septiembre de 2020** |
| **Versión** | **AGOSTO 2020 - 5,20** |
| **ID de Proceso** | **91375-393361** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

**Nombres y apellidos contratista:** YULY ALEJANDRA MONTOYA CIRO
**Correo electrónico contratista:** ymontoya@sena.edu.co
**C.C.** 39.178.466 **IP/Nº de contacto** 4535433

**Régimen del IVA:** NO RESPONSABLE **Pertenece al régimen simple de tributación?** SI **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:** BANCOLOMBIA **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 10122784677

**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:** 1698160/2020 **Nº Compromiso SIIF** 85020

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Valor Total del Contrato** | $ 18.522.667 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 13.002.667 | **3** | **Del** | **01/09/2020** | **Al** | **30/09/2020** | **$ 3.680.000,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 9.322.667 | | Comisiones | | | $ 0,00 | |

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 3.680.000 | | Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383° | 0% |
| Ingresos por comisiones | $ 0 | | Retencion en la Fuente del Periodo | $ 0 |
| Ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ 0 | | | |
| **TOTAL INGRESOS DEL PERIODO** | **$ 3.680.000** | | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 2.010.116** | | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

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

| | Septiembre | Agosto |
|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | ---------- | **46100028** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 1.472.000 | $ 1.472.000 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 184.000 | $ 184.000 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 235.600 | $ 235.600 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 |
| ARL I | $ 7.700 | $ 7.700 |
| 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 | $ 123.246 | |
| 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 | $ 368.000 | |
| Salud hasta $ 569.712 | $ 89.000 | |
| Renta Exenta 25% $ 8.545.680 | $ 670.039 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Valor Base retención en la fuente | 2.010.116,00 | TARIFA |
| Valor Base retención en la fuente ICA | 3.260.400,00 | |
| Valor base IVA | 0,00 | |
| IVA (Si es RESPONSABLE) | 0,00 | 19% |
| Menos Retención en la Fuente | 0,00 | 0% |
| Menos Retencion IVA | 0,00 | 0% |
| Reteica - 8299 | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| Jaime Isaza Cadavid | 14.720,00 | 0,400% |
| 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** | **$ 3.665.280,00** | |

**SON: TRES MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Presentar mensualmente y según sea necesario, los informes de valoración cualitativa y cuantitativa
Participar en los comités de evaluación y seguimiento de carácter ordinario y extraordinario de los procesos de formación según progra
Desarrollar las actividades de formación considerando cada uno de los apartes del reglamento del aprendiz, desde su socialización hast
Procesos de formación según programación previamente definida por la Coordinación Académica
Desarrollar las actividades de formación considerando cada uno de los apartes del reglamento del aprendiz, desde su socialización hast
Reportar oportunamente los resultados del proceso de evaluación a los aprendices que participan
del desarrollo de las acciones formativas de acuerdo a los lineamientos establecidos
Participar en las reuniones de equipos de ejecución de la formación por grupo o áreas, según la

**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.

**YULY ALEJANDRA MONTOYA CIRO**
**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,

**MARIO AUGUSTO TABORDA OSORIO**
**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**

**OLGA LUCIA LOPERA LOPERA**
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02**

## Transacción Aprobada

Su planilla ha sido enviada y pagada con éxito. Por favor imprima este comprobante como soporte del envío y pago de su planilla.

ARUS®
Tecnología + Información + Conocimiento

### Información de la Planilla Pagada

| | |
|---|---|
| **Nit de comercio Operador de Información** | 900089104-5 |
| **Razón Social del Operador de Información** | ARUS (antes Enlace Operativo) |
| **Descripción** | Pago de Seguridad Social |
| **Fecha** | 2020-09-10, 08:15:18 PM en horario extendido |
| **Periodo de Cotización Otros Riesgos** | agosto de 2020 |
| **Periodo de Cotización Para Salud** | agosto de 2020 |
| **Empresa** | YULY ALEJANDRA MONTOYA CIRO |
| **CEDULA CIUDADANIA** | CC 39178466 |
| **Código Sucursal (Nombre)** | ( ) |
| **Referencia de Pago/ Número Planilla** | 46100028 |
| **Tipo de Planilla** | I |
| **Número Transacción Bancaria/ CUS** | 739048821 |
| **Banco** | (1007) - BANCOLOMBIA |
| **Valor** | $ 452.200 |
| **Estado de la Transacción** | Aprobada |
| **Dirección IP de Origen** | www.suaporte.com.co |

| Nit | Código | Administradora | Número Afiliados | Valor sin Mora | Total Intéreses Mora |
|---|---|---|---|---|---|
| N800229739 | 230201 | PROTECCION FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS | 1 | $ 240.000 | $ 0 |
| N800088702 | EPS010 | EPS SURA | 1 | $ 187.500 | $ 0 |
| N860011153 | 14-23 | ARP - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS | 1 | $ 15.700 | $ 0 |
| N890900841 | CCF04 | CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE ANTIOQUIA COMFAMA | 1 | $ 9.000 | $ 0 |
| | | **SubTotales:** | | $ 452.200 | $ 0 |
| | | **Total a Pagar:** | | | $ 452.200 |



**ARUS, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77. Línea Ética: 018000 517806.**

**ARUS (antes Enlace Operativo) no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.**

**Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.**

EXPERTOS en PILA

*CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES*

Medellín, Septiembre 30 de 2020

Señores
**SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)**
Medellín

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:

| Tipo Doc. | No Doc. | Nombres y apellidos | Parentesco |
|---|---|---|---|
| Registro Civil | 1023558197 | Agustín Muñoz Montoya | Hijo |
| | | | |

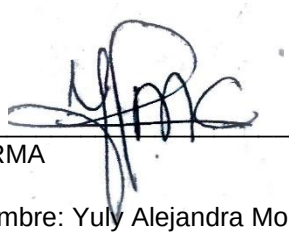
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengas hasta 18 años de edad (y/o según el caso teniendo en cuenta la circular adjunta)

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: Yuly Alejandra Montoya Ciro

C.C. 39178466 de Medellín