SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

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

Código Regional	**63**
Código Centro	**953810**
Fecha Elaboración	**Octubre de 2020**
Versión	**AGOSTO 2020 - 5,20**
ID de Proceso	**68580-269355**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: DIANA MARIA GUEVARA CARMONA
Correo electrónico contratista: dianamar@misena.edu.co
C.C. 41.947.361 **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 SI **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** SI

Banco al cual consignar: BANCOLOMBIA **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 6934752994

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: 1325612/2020 **Nº Compromiso SIIF** **8720**

Valor Total del Contrato	$ 37.616.666	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**			**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 8.386.666	**9**	**Del**	**01/10/2020**	**Al** **31/10/2020**	**$ 3.700.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 4.686.666		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

	Octubre	Septiembre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**7765196409**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.480.000	$ 1.480.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 185.000	$ 185.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 236.800	$ 236.800
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 7.800	$ 7.800
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	$ -	
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	$ 370.000	
Salud hasta $ 569.712	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 727.050	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.181.150,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.278.200,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299	0,00	0,000%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
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	**$ 3.700.000,00**	

SON: TRES MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se elaboró la planeacion de los encuentros sincronicos y asincronicos del periodo contractual para el programa del técnico en Comercio
Se realiza alistamiento y ejecución de la formación para las fichas asignadas durante el presente periodo 1830154, 1851071, 2059446, 2
Para el presente periodo se emiten juicios evaluativos, correspondientes al cuarto trimestre de las fichas de los grados oncec1830154,
A) Se verifica la asistencia a la formación según listado de matriculados B) Para el presente periodo se emitieron juicios evaluativo
Se aplica y se hace cumplir el reglamento del aprendiz de acuerdo a lineamientos SENA en grado 10 y 11.
Se verifica avances de las actividades en las bitacoras del programa técnico en Comercio Internacional ficha 1830154 y 1851071
Se cuenta con la norma de competencia vigente hasta el 2 de octubre de 2021.
En el presente periodo se ejecuto la formacion profesional integral teniendo presentacion personal adecuada y portando el carnet.
Se cumple con los lineamientos exigidos por el SST y las normas ambientales mediante el programa de formación Profesional Integral

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.

DIANA MARIA GUEVARA CARMONA
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:	41947361
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			DIANA MARIA GUEVARA CARMONA
CIUDAD/MUNICIPIO:	ARMENIA	DEPARTAMENTO:	QUINDIO
DIRECCIÓN:	CALLE A 1 N#18-36TORRE 2 APT 102	TELÉFONO:	7342520
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:			**7765196409**	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	septiembre	AÑO 2020	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	septiembre	AÑO 2020
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2020/09/25	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			752511559

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	$ 240.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 240.000	$ 0	$ 240.000
SUBTOTALES:										**$ 240.000**	**$ 0**	**$ 240.000**

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
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 187.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 187.500	$ 0	$ 0	$ 187.500
SUBTOTALES:													**$ 187.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 187.500**

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	$ 7.900	$ 7.900	$ 0	$ 0	$ 7.900
SUBTOTALES:									**$ 7.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 7.900**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF43	CCF43-COMFENALCO QUINDIO	1	$ 9.000	$ 0	$ 9.000
SUBTOTALES:			**$ 9.000**	**$ 0**	**$ 9.000**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES							
																									PENSIÓN								SALUD						ARP															
																													FSP		APORTES VOLUNTARIOS																							
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	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
1	CC 41947361	GUEVARA CARMONA DIANA MARIA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.500.000				NO																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.500.000	$ 240.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 240.000	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.500.000	$ 187.500	$ 0	$ 187.500	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.500.000	41947361	$ 7.900	30	$ 1.500.000	CCF43-COMFENALCO QUINDIO	$ 9.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 444.400**



¡Hola, diana maria guevara carmona

Gracias por utilizar los servicios de BANCOLOMBIA y PSE.
los siguientes son los datos de tu transacción:

Estado de la Transacción: Aprobada
CUS: 752511559
Empresa: SOI ACH
Descripción: Pago de la Planilla Integrada de Seguridad Social y Parafisacales
Valor de la Transacción: $ 444.400
Fecha de Transacción: 25/09/2020

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	41947361
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			DIANA MARIA GUEVARA CARMONA
CIUDAD/MUNICIPIO:	ARMENIA	DEPARTAMENTO:	QUINDIO
DIRECCIÓN:	CALLE A 1 N#18-36TORRE 2 APT	TELÉFONO:	7342520
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:	**7765196409**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	septiembre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	septiembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2020	SALUD:	AÑO:	2020
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2020/09/25	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		752511559

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 240.000
SUBTOTAL:			1	**$ 240.000**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 187.500
SUBTOTAL:			1	**$ 187.500**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890000381	CCF43	CCF43-COMFENALCO QUINDIO	1	$ 9.000
SUBTOTAL:			1	**$ 9.000**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 7.900
SUBTOTAL:			1	**$ 7.900**

TOTAL PAGADO:	**$ 444.400**

OnBase

COMUNICACIÓN ELECTRÓNICA PORTAL

Fecha	24/03/2020 10:00:21 a. m.	Radicado	7-2020-049221	NIS	2020-01-084624

Ver Anexo

Asunto

Asunto	PETICION
Tipo de Asunto:	PETICION DE SERVICIOS
Tema:	FISCALIZACIÃ¿N - ACTUALIZACION DE INFORMACION
Dependencia Destino:	CENTRO DE COMERCIO INDUSTRIA Y TURISMO
Regional:	QUINDIO
Centro de Formacion:	CENTRO DE COMERCIO INDUSTRIA Y TURISMO QUINDIO
Grupo de Interes:	CIUDADANO
Tipo de Interes:	

Texto:

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:

Remitente

Empresa Remitente	
Nombre Persona:	DIANA MARIA
Apellido Persona:	GUEVARA CARMONA
Identificación:	41947361
Dirección:	CALLE 10A NORTE NO. 18-36 TORRE 2 AP
Ciudad:	ARMENIA
Telefono:	
Telefono Oficina:	7377771
Telefono Celular:	3164780186
Email Remitente	DIANAMAR@MISENA.EDU.CO

Anexos

Armenia, 24 /marzo/2020

Señores
Grupo de Apoyo Administrativo Mixto
Centro de Comercio y Turismo SENA Regional Quindío
Servicio Nacional de Aprendizaje SENA
Armenia – Quindío

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** **1. Hijos menores 18 años.**
Gómez Guevara Valentina	**1091886594**	

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,

DIANA MARIA GUEVARA CARMONA
C.C. 41947361

Anexo: Relación de documentos que anexa el trabajador.

- Registro civil de nacimiento __X__
- Certificado de estudios. ____
- Certificado contador público. ____
- Certificado medicina legal. ____

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1091886594

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 51038410

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número 03 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código N 3 Z

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA QUINDIO ARMENIA

Datos del inscrito

Primer Apellido: GOMEZ
Segundo Apellido: GUEVARA
Nombre(s): VALENTINA

Fecha de nacimiento: Año 2010 Mes 11 Día 08
Sexo (en letras): FEMENINO
Grupo sanguíneo: O
Factor RH: POSITIVO

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

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO DE NACIDO VIVO
Número certificado de nacido vivo: 10081862-1

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: GUEVARA CARMONA DIANA MARIA
Documento de identificación (Clase y número): C.C. 41.947.361 de Armenia
Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: GOMEZ GOMEZ ROLANDO ALEM
Documento de identificación (Clase y número): C.C. 18.435.770 de Pijao
Nacionalidad: COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: GOMEZ GOMEZ ROLANDO ALEM
Documento de identificación (Clase y número): C.C. 18.435.770 de Pijao
Firma

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

Año 2010 Mes 11 Día 10

Nombre y firma del funcionario que autoriza

Dr. JUAN CARLOS RAMIREZ GOMEZ
Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Firma:

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Dr. JUAN CARLOS RAMIREZ GOMEZ
Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

11 NOV. 2010

NOTARIA TERCERA DE ARMENIA Q. NOTARIO

DR. JUAN CARLOS RAMIREZ GOMEZ COMO NOTARIA TERCERA(E) DEL CIRCULO DE ARMENIA QUINDIO, DOY FE QUE LA PRESENTE FOTOCOPIA ESTA TOMADA DE SU ORIGINAL QUE REPOSA EN ESTA NOTARÍA.
SE EXPIDE PARA: Trámite
A SOLICITUD DE: Diana Maria Guevara
C.C. 41947361

NOTARÍA TERCERA
Dr. Juan Carlos Ramírez Gómez

IMPRESO POR THOMAS GREG & SONS DE COLOMBIA S.A. — NIT 860.005.669-2 — TEL. 381 0240

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -