SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

**FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES**
**REGIONAL CAUCA**
**CENTRO DE COMERICIO Y SERVICIOS -CAUCA - GRUPOS ETNICOS**

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **19** |
| **Código Centro** | **930710** |
| **Fecha Elaboración** | **Octubre de 2020** |
| **Versión** | **AGOSTO 2020 - 5,20** |
| **ID de Proceso** | **54276-400928** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | AMPARO SAMBONI CRUZ | **C.C.** | 48.645.064 | **IP/Nº de contacto** | 3132388779 |
| **Correo electrónico contratista:** | asamboni@sena.edu.co | | | | |

**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 ?** NO

**Banco al cual consignar:** BANCOLOMBIA **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 86831280982

**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:** 1374106/2020 **Nº Compromiso SIIF** **13720**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Valor Total del Contrato** | $ 37.863.333 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 9.516.666 | **9** | **Del** | **01/10/2020** | **Al** | **31/10/2020** | **$ 3.700.000,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 5.816.666 | | 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** | ---------- | **8608745635** |
| **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 - 300 | 6.556,00 | 0,200% |
| - | 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** | **$ 3.693.444,00** | |

**SON: TRES MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y CUATRO PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Orientar procesos de formación en el municipio de Santander de Quilichao Ficha 2024562. Competencia: Preparar alimentos
RA1. Efectuar procedimiento de alistamiento en materias primas de acuerdo con técnicas, parámetros de producción y calidad.
Desde el 01 de octubre de 2020.
Según reporte de Sofia plus.66 horas.
Orientar procesos de formación en el municipio de Popayán. Ficha 2027639. Competencia: Preparar alimentos.
RA1. Efectuar procedimiento de alistamiento en materias primas de acuerdo con técnicas, parámetros de producción y calidad.
Desde el 05 de octubre de 2020.Según reporte de Sofia plus.35 horas.
Seguimientos Etapa Practica aprendices fichas: 1694776, 1804096, 1804028 y 1835769 en Cali, Santander de Quilichao y Pescador. RA.E:P
Aplicar en Resolución de problemas reales del sector productivo, conocimientos, habilidades, destr. Según reporte Sofia plus.54 horas.

**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.

**AMPARO SAMBONI CRUZ**
**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,

**HAROL ARMANDO ROSERO SALAZAR**
**COORDINADOR ACADÉMICO**

**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**

**FERNANDO ALFONSO ESCOBAR QUIRA**
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)**

Banagrario

ASOPAGOS s.a. ANTES OPERADOR ASOCAJAS

| | |
|---|---|
| RAZON SOCIAL : | AMPARO SAMBONI CRUZ |
| IDENTIFICACION: | CC-48645064 |
| COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| FECHA GENERACION REPORTE: | 2020-10-05 |
| FECHA LIMITE DE PAGO: | 2020-10-16 |
| FECHA DE PAGO: | 2020-09-24 |
| ENTIDAD DE PAGO: | BANCO AV VILLAS |
| PERIODO PENSION: | 2020-09 |
| PERIODO SALUD: | 2020-09 |
| NUMERO PLANILLA: | 8608745635 |
| TOTAL COTIZANTES: | 1 |
| REFERENCIA DE PAGO (PIN): | 8603573251 |
| TIPO DE PLANILLA: | I |

| CODIGO ENTIDAD | NIT | NOMBRE | NUMERO AFILIADOS | IBC | FONDO SOLIDARIDAD | FONDO SUBSISTENCIA | TOTAL INTERESES | VALOR PAGAR SIN INTERESES | VALOR PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS018 | 805001157 | SOS-EPS | 1 | $ 1.480.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 185.000 | $ 185.000 |
| 25-14 | 900336004 | COLPENSIONES | 1 | $ 1.480.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 236.800 | $ 236.800 |
| 14-23 | 860011153 | POSITIVA | 1 | $ 1.480.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 7.800 | $ 7.800 |
| | | | | Total a pagar | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 429.600 | $ 429.600 |

PAGADO

| | |
|---|---|
| FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES: | 18/11/2020 |

Banco AV Villas

**COMPROBANTE PAGO DE PLANILLA ASISTIDA PILA**

| Número identificación del Aportante / Pin Único | Valor a Pagar $: |
|---|---|
| 48645064 | 429.600 |

Si usted va a realizar el pago con el número de Planilla, diligencie esta sección:

**PAGO CON NÚMERO DE PLANILLA**

Número de Planilla: 8 6 0 3 5 7 3 2 5 1

Si usted va a realizar el pago con Pin Único, diligencie esta sección:

**PAGO CON PIN ÚNICO**

Operador de Información: _____

Periodo de Cotización a Pagar: Año 2020 Mes 09

CAP-PRO-083-V2

**ESTIMADO CLIENTE:**
VERIFIQUE QUE LA INFORMACIÓN IMPRESA EN EL COMPROBANTE SEA CORRECTA Y QUE EL VALOR REGISTRADO CORRESPONDA AL VALOR ORDENADO POR USTED. EL BANCO NO TENDRÁ COPIA DE ESTE FORMATO. EL SOPORTE DE LA TRANSACCIÓN SERÁ EL REGISTRO EN EL SISTEMA. RECUERDE QUE ÉSTE SERÁ EL ÚNICO SOPORTE FÍSICO DE SU TRANSACCIÓN. CONSÉRVELO PARA CUALQUIER VERIFICACIÓN.

FORTECOD S.A.

```
ADV 253 20200924 10:20 SC 615  LINEA   D
VR PAGADO:      429,600.00
NOMBRE:ASOPAGOS
CLAVE:8603573251                    0
ID:48645064
Fecha Aplicación:20200924   PIN:102016
Estimado cliente: Verifique los datos de
su pago. Después de retirarse de la
ventanilla no se aceptan reclamos.
```

Fiel copia del Original.
Ampara Samboni Cruz
48645064.

*CERTIFICACION DEPENDIENTES*

Bogotá, 25 de Febrero 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 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.** | 1059237412 | JUAN PABLO COLLAZOS SAMBONI | HIJO. |

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Hijo menor de 18 años

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: AMPARO SAMBONI CRUZ

C.C. 48645064 de Mercaderes

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO **1.059.237.412**

**COLLAZOS SAMBONI**

APELLIDOS

**JUAN PABLO**

NOMBRES

Juan Pablo collazos

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **16-MAY-2006**

**POPAYAN**
**(CAUCA)**

LUGAR DE NACIMIENTO

**16-MAY-2024**

FECHA DE VENCIMIENTO

**11-JUL-2013 POPAYAN**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

**B+** G S RH

**M** SEXO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

P-1100100-00487522-M-1059237412-20131005 0035308526A 1 39236154