SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

**FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES**

**REGIONAL VALLE**

**CENTRO NACIONAL DE ASISTENCIA TECNICA A LA INDUSTRIA -ASTIN-VALLE**

| | |
|---|---|
| Código Regional | 76 |
| Código Centro | 923010 |
| Fecha Elaboración | Octubre de 2020 |
| Versión | AGOSTO 2020 - 5,20 |
| ID de Proceso | 23179-395610 |

## DATOS DEL CONTRATISTA

**Nombres y apellidos contratista:** CAROLINA CASTAÑEDA BRAVO
**Correo electrónico contratista:** ccastanedab@sena.edu.co
**C.C.** 1.107.035.049 **IP/Nº de contacto** 3217013139

**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:** BANCO DE BOGOTA **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 484081385

**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:** 1320309/2020 **Nº Compromiso SIIF** 3820

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Valor Total del Contrato** | $ 39.670.237 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 9.601.714 | **9** | **Del** | **01/10/2020** | **Al** | **31/10/2020** | **$ 3.790.150,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 5.811.564 | | Comisiones | | | $ 0,00 | |

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 3.790.150 | | 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** | **$ 3.790.150** | | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 2.014.770** | | **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** | ---------- | **9410981744** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 1.516.060 | $ 1.516.060 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 189.600 | $ 189.600 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 242.600 | $ 242.600 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 |
| ARL III | $ 37.000 | $ 37.000 |
| 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 | $ 349.888 | |
| 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 | $ 379.015 | |
| Salud hasta $ 569.712 | $ 139.563 | |
| Renta Exenta 25% $ 8.545.680 | $ 622.371 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Valor Base retención en la fuente | 2.014.770,00 | TARIFA |
| Valor Base retención en la fuente ICA | 3.357.950,00 | |
| 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 | |
| Pro-UCEVA | 18.951,00 | 0,500% |
| Universidad del Pacífico | 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** | **$ 3.771.199,00** | |

**SON: TRES MILLONES SETECIENTOS SETENTA Y UN MIL CIENTO NOVENTA Y NUEVE PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Actividades de formación virtual por aislamiento 57 horas
curso complementario introductorio a la formación profesional integral (ficha 2209621)40 horas
EDT de bioseguridad (24 horas)
Reunión Desarrollo curricular 9 horas
Aprobación de Juicios evaluativos en Sofia Plus
Presentacion de informes de falta
Seguimiento a aprendices y asistencia a descargos de las fichas 2067917- 2067937
Seguimiento a Etapa productiva aprendiz ficha 1820059
Preparación de curso introductorio y revisión de evidencias

**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.

**CAROLINA CASTAÑEDA BRAVO**
**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,

**ALIRIO CUENCA RODRÍGUEZ**
**PROFESIONAL G06**

**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**

**PAULO CESAR RAMIREZ QUINTERO**
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02**

aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1107035049 | | CASTANEDA BRAVO CAROLINA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CRA 23 No. 36-31 | CALI-VALLE | 3713387 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2020-09 | 2020-09 | 771228492 | 9410981744 | I | 2020/10/13 | 2020/10/15 | BANCO DE BOGOTA | 2 | $469,200 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | | PENSION | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombres | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte |
| **Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | $1,516,060 | $242,600 | | | $1,516,060 | $189,600 | | | $0 | $0 | | | $1,516,060 | $37,000 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $1,516,060 | $242,600 | | | $1,516,060 | $189,600 | | | $0 | $0 | | | $1,516,060 | $37,000 |
| Ciudad: CALI Depto: VALLE ( 1 Afiliados) | | | | | $1,516,060 | $242,600 | | | $1,516,060 | $189,600 | | | $0 | $0 | | | $1,516,060 | $37,000 |
| 1 | CC 1107035049 | CASTAÑEDA CAROLINA | 230201 | 30 | $1,516,060 | $242,600 | EPS012 | 30 | $1,516,060 | $189,600 | | 0 | $0 | $0 | 14-23 | 30 | $1,516,060 | $37,000 |
| **Total Afiliados( 1)** | | | | | $1,516,060 | $242,600 | | | $1,516,060 | $189,600 | | | $0 | $0 | | | $1,516,060 | $37,000 |

# CERTIFICACIÓN TRIBUTARIA / AÑO GRAVABLE 2019 / PÁGINA 2 DE 3

DAVIVIENDA

**BANCO DAVIVIENDA S.A.** Nit 860.034.313-7
Avenida El Dorado No. 68C-61 Piso 1, Bogotá

Cliente: **CAROLINA CASTANEDA BRAVO**

Identificación: C.C 1107035049

Ciudad donde se consignó la retención en la fuente de renta y GMF: Bogotá

Fecha de solicitud: 2020-03-25

Fecha de expedición: 2020-03-18

## PRODUCTOS HIPOTECARIOS

| PRODUCTO | NÚMERO DE PRODUCTO | FECHA DE INICIO DEL CREDITO | MONTO INICIAL | SALDO AL 31.DIC 2018 | SALDO AL 31.DIC.2019 | PAGOS O CANONES DEL PERIODO | VALOR UVR Y/O INTERESES PAGADOS O COSTOS FINANCIEROS | DEDUCCIÓN INDIVIDUAL MÁXIMA AÑO .2019 | VALOR GRAVAMEN A LOS MOVIMIENTOS FINANCIEROS* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CRÉDITO HIPOTECARIO | 5701016800201318 | 27/01/2016 | $39,154,500.00 | $35,676,237.93 | $34,155,137.30 | $6,120,000.00 | $4,198,657.47 | $4,198,657.47 | $0.00 |
| **TOTALES** | | | **$39,154,500.00** | **$35,676,237.93** | **$34,155,137.30** | **$6,120,000.00** | **$4,198,657.47** | **$4,198,657.47** | **$0.00** |

Las deducciones en prestamos de vivienda y leasing Habitacional no se pueden solicitar como beneficios en forma concurrente Artículo 1.2.1.1.6 del Decreto 1625 de 2016.
Estimado cliente. Si usted figura como segundo titular de algún producto, en la sección de Segundos titulares, encontrará los datos totales del producto; los cuales son de carácter informativo. Esta información se debe tomar según su % de participación.

## OTROS PRODUCTOS DE CREDITO

| PRODUCTO | NÚMERO DE PRODUCTO | FECHA DE INICIO DEL CREDITO | MONTO INICIAL | SALDO AL 31.DIC.2018 | SALDO AL 31.DIC.2019 | PAGOS DEL PERIODO | VALOR INTERESES Y/O UVR PAGADOS | VALOR GRAVAMEN A LOS MOVIMIENTOS FINANCIEROS* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CONSUMO | 5900001900517705 | 26/08/2019 | $28,049,467.00 | $0.00 | $26,139,361.72 | $2,876,000.00 | $871,168.86 | $112,198.00 |
| **TOTALES** | | | **$28,049,467.00** | **$0.00** | **$26,139,361.72** | **$2,876,000.00** | **$871,168.86** | **$112,198.00** |

*De conformidad con lo dispuesto en el artículo 115 del Estatuto Tributario (modificado por el artículo 86 de la Ley 2010 de 2019), solo el 50% de GMF es deducible.
Estimado cliente. Si usted figura como segundo titular de algún producto, en esta sección encontrará los datos totales del mismo los cuales son de carácter informativo. Esta información se debe tomar según su % de participación.

INCIA FINANCIERA
OLOMBIA

Coomeva | Medicina Prepagada

C O O|M E V A  M E D I C I N A  P R E P A G A D A  S.A.

NIT. 805.009.741-0

C E R T I F I C A

Que el Señor(a) CASTAÑEDA BRAVO CAROLINA con null Nro. 1107035049 realizó pagos a nuestro servicio de MEDICINA PREPAGADA, así:

| Beneficiario | Identificación | Plan - Programa | Parentesco | Fecha Inicio | Valor |
|---|---|---|---|---|---|
| CASTAÑEDA BRAVO CAROLINA | 1107035049 | F SILV | CONTRATANTE | 2015/09/01 | $ 1,595,000.00 |

Durante el 1 de enero y el 31 de diciembre del año 2019 pagó por concepto de Medicina Prepagada

La suma de: $ 1,595,000.00

Durante el 1 de enero y el 31 de diciembre del año 2019 pagó por concepto de IVA del servicio

Medicina Prepagada la suma de: $ 79,750.00

Monto total de los pagos: $ 1,674,750.00

Se expide este certificado a los 7 días del mes de Abril de (2020). De acuerdo con lo dispuesto en el Literal a) del Artículo 387 del Estatuto Tributario y el Artículo 6 del decreto 4713 de Diciembre 26 de 2.005.

Dirección Nacional De

Operaciones Coomeva

Medicina Prepagada.

COOMEVA MEDICINA PREPAGADA, Autorizada por resolución

Nro. 1667 de diciembre 12 de 1.997, de la

Superintendencia Nal de Salud.

*CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS*

Cali, 22 de abril de 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 contratista de prestación de servicios personales y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario y el artículo 1.2.4.1.18. del Decreto 1625 de 2016, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

| | | | |
|---|---|---|---|
| **C.C.** | **31969422** | **GLORIA PATRICIA BRAVO VIVAS** | **MADRE** |

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Padre o hermano que se encuentra en situación de dependencia, por ingresos en el año menores a 260 UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.

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,



_____

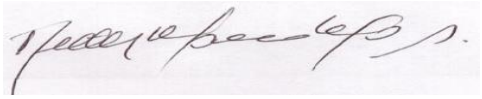
FIRMA
Nombre: CAROLINA CASTAÑEDA BRAVO
C.C. 1107035049

LA SUSCRITA CONTADORA RUTH MARMOLEJO SERRANO, CON TARJETA PROFESIONAL NO. 59864-T

CERTIFICA QUE

LA SEÑORA GLORIA PATRICIA BRAVO VIVAS, IDENTIFICADA CON LA CEDULA DE CIUDADANIA No. 31.969.422 DE CALI, DEPENDE ECONOMICAMENTE DE SU HIJA, LA SEÑORA **CAROLINA CASTAÑEDA BRAVO**, IDENTIFICADA CON CEDULA DE CIUDADANIA No. **1.107.035.049** DE CALI.

COMO CONSTANCIA SE FIRMA EN CALI A LOS TRECE (13) DIAS DEL MES DE ABRIL (2020)



**RUTH MARMOLEJO SERRANO**

CONTADORA



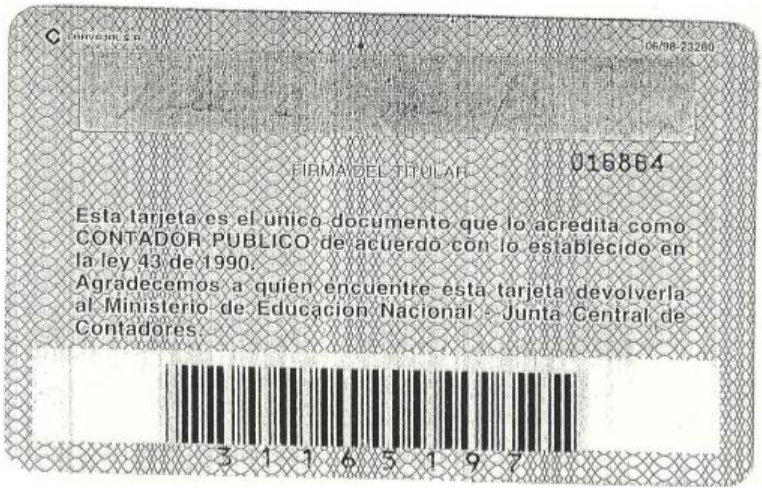
República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional
JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO

59864-T

RUTH
MARMOLEJO SERRANO
C.C. 31165197
RESOLUCION INSCRIPCION 02
UNIVERSIDAD LIBRE

FECHA 16/07/90

Presidente



FIRMA DEL TITULAR

016864

Esta tarjeta es el unico documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la ley 43 de 1990.
Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla al Ministerio de Educacion Nacional - Junta Central de Contadores.

3 1 1 6 5 1 9 7



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 31.165.197
MARMOLEJO SERRANO

APELLIDOS
RUTH

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 05-AGO-1963
PALMIRA
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.64
ESTATURA

A+
G.S. RH

F
SEXO

25-JUN-1982 PALMIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL