SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL CAQUETÁ
CENTRO TECNOLOGICO DE LA AMAZONIA-CAQUETA - SERVICIOS PRESTADO

Código Regional	**18**
Código Centro	**951610**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2020**
Versión	**FEBRERO 2020 - 2,20**
ID de Proceso	**76030-385122**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	DIOSELINA CHAVARRO VALLEJO	**C.C.**	1.117.515.166	**IP/Nº de contacto**	83030
Correo electrónico contratista:	dchavarro66@misena.edu.co				
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**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 ?**	SI
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**	46600023144
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	

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato:	1382055/2020			**Nº Compromiso SIIF**		**14820**	
Valor Total del Contrato	$ 41.020.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 41.020.000	**1**	**Del**	**19/02/2020**	**Al**	**29/02/2020**	**$ 1.540.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 39.480.000		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 1.540.000	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	**$ 1.540.000**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 967.275**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**		**$ 0**

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

	Febrero	Enero			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**4326888123**	Valor Base retención en la fuente	967.275,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 877.803	$ 0	Valor Base retención en la fuente ICA	1.289.700,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 109.800	$ 0	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 140.500	$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL I	$ 4.600	$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 8299	7.738,00	0,600%
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	$ -		-	0,00	
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	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 569.712	$ -				
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 322.425		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	**$ 1.532.262,00**	

SON: UN MILLÓN QUINIENTOS TREINTA Y DOS MIL DOSCIENTOS SESENTA Y DOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Impartí formación profesional desarrollando la competencia definidas en los programas de formación titulada Ficha Nº 1754708 , 1812457 1968164 y 1968699
Participe activamente en los equipos de desarrollo curricular interdisciplinarios por programa o conjunto de programas.
Presté mis servicios como instructor, de acuerdo con las normas legales y reglamentarias y de conformidad con la exigencia.
Presente los documentos, los informes, los formatos que le fueron necesarios, requeridos o exigidos.
Realice el proceso de certificación de seguridad y salud en el trabajo
Coloqué todo mi talento y capacidad intelectual para el efectivo cumplimiento de mis obligaciones como contratista

NACIÓN ANEXO INFORME MENSUAL DE LAS ACTIVIDADES DEL MES DE _ FEBRERO
MUNICIPIO DONDE PRESTO LOS SERVICIOS_ FLORENCIA, VALPARAÍSO Y LA MONTAÑITA

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.

DIOSELINA CHAVARRO VALLEJO
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,

BEATRIZ ALMARIO 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

IRMA OMAIRA MAYA
DIRECTORA REGIONAL CON FUNCIONES DE SUBDIRECTORA DE CENTRO (E)

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1117515166
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			DIOSELINA CHAVARRO VALLEJO
CIUDAD/MUNICIPIO:	FLORENCIA	DEPARTAMENTO:	CAQUETA
DIRECCIÓN:	KRR 14 11-38 B/ LAS TORRES	TELÉFONO:	4444444
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:	**4326888123**			TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES enero	AÑO	2020	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES enero	AÑO	2020
DÍAS DE MORA:	15						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2020/03/03			NÚMERO AUTORIZACIÓN:			9999212572

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	$ 140.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.600	$ 0	$ 140.500	$ 1.600	$ 142.100
SUBTOTALES:										**$ 140.500**	**$ 1.600**	**$ 142.100**

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
ESSC62	ESSC62-ASMET SALUD EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 109.800	$ 0	$ 1.200	$ 0	$ 109.800	$ 1.200	$ 0	$ 111.000
SUBTOTALES:													**$ 109.800**	**$ 1.200**	**$ 0**	**$ 111.000**

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	$ 4.600	$ 4.600	$ 100	$ 0	$ 4.700
SUBTOTALES:									**$ 4.600**	**$ 100**	**$ 0**	**$ 4.700**

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	SAL INTEGRAL	COLOMBIANO EXTRANJERO		REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1117515166	CHAVARRO VALLEJO DIOSELINA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 877.803				NO	01																25-14 COLPENSIONES	30	$ 877.803	$ 140.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 140.500	ESSC62-ASMET SALUD EPS	30	$ 877.803	$ 109.800	$ 0	$ 109.800	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 877.803	111751516	$ 4.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 257.800**

Florencia, 29 /02/2020

Señores
Grupo de Apoyo Administrativo Mixto
Servicio Nacional de Aprendizaje SENA
Ciudad

Asunto: Solicitud deducible retención en fuente por dependientes

Estimados señores:

Con la presente solicito que de acuerdo con el Artículo 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.**
Carlos David Muñoz Chavarro	1.118.376.016	Hijo

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,

DIOSELINA CHAVARRO VALLEJO
CC. 1117515166 de Florencia

Anexo: Relación de documentos que anexa el trabajador.

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1.118.376.016

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 56200017

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria	Notaria	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código	W	X	K
	X	02							

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA - CAQUETA - FLORENCIA. ----------

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MUNOZ. ----------	CHAVARRO. ----------

Nombre(s)
CARLOS DAVID . ----------

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2014 Mes OCT Día 17	MASCULINO	O	NEGATIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA- CAQUETA- FLORENCIA. ----------

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO. ----------	12750848-1 ----------

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos
CHAVARRO VALLEJO DIOSELINA. ----------

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.Nro 1.117.515.166 DE FLORENCIA- CAQUETA. ----------	COLOMBIANA. ----------

Datos del padre

Apellidos y nombres completos
MUÑOZ ROJAS CARLOS DAVID . ----------

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.Nro 1.117.528.708 DE FLORENCIA- CAQUETA. ----------	COLOMBIANA. ----------

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos
MUÑOZ ROJAS CARLOS DAVID . ----------

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
C.C.Nro 1.117.528.708 DE FLORENCIA- CAQUETA. ----------	

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	*Nombre y firma del funcionario que autoriza*
Año 2014 Mes NOV Día 04	MARIA EUGENIA RAMIREZ HURTADO Nombre y firma

Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
Firma	MARIA EUGENIA RAMIREZ HURTADO Nombre y firma

NOTARIA SEGUNDA DE FLORENCIA
ESTE REGISTRO TIENE
VALIDEZ PERMANENTE

ESPACIO PARA NOTAS

NOTARÍA SEGUNDA DE FLORENCIA - CAQUETÁ
Esta copia es fiel copia auténtica del original
que reposa en los archivos de registro civil
de esta Notaría 05 NOV 2014

NOTARIA SEGUNDA DE FLORENCIA

REPUBLICA DE COLOMBIA
NOTARIA SEGUNDA
MARIA EUGENIA RAMIREZ HURTADO
NOTARIA SEGUNDA FLORENCIA

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

.56200017.

DEXPRES SAS

Scanned by TapScanner