SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL TOLIMA
CENTRO AGROPECUARIO LA GRANJA-TOLIMA - SERVICIOS PRESTADOS A LA

Código Regional	**73**
Código Centro	**912310**
Fecha Elaboración	**Diciembre de 2020**
Versión	**AGOSTO 2020 - 5,20**
ID de Proceso	**62364-884159**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	ALEXANDRA MARCELA VILLAMIL LOPEZ	**C.C.**	1.110.492.684	**IP/Nº de contacto**	84284
Correo electrónico contratista:	amvillamil@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 ?** SI

Banco al cual consignar: BANCO BBVA **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 435485941

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:	1366889/2020		**Nº Compromiso SIIF**	**25520**	
Valor Total del Contrato	$ 37.052.736	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**		**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 3.656.520	**11**	**Del** 01/12/2020 **Al**	30/12/2020	**$ 3.656.520,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 0		Comisiones	$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.656.520	Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°		4,09%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo		$ 176.346
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 3.656.520			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 7.313.040**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 4.310.802**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**		**$ 176.346**

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

	Diciembre	Noviembre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**7773175631**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.462.608	$ 1.462.608
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 182.900	$ 182.900
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 234.100	$ 234.100
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	$ -	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 234.100	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 182.900	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 7.700	
Dependientes hasta $ 1.139.424	$ 731.304	
Salud hasta $ 569.712	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 1.436.934	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	4.310.802,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.239.520,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	176.346,00	4,09%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299	22.677,00	0,700%
-	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	**$ 3.457.497,00**	

SON: TRES MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y SIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Cordialmente rindo informe de las actividades desarrolladas en cumplimiento del Contrato No. 1366889 de 2020.
Para el periodo comprendido del 1 al 30 de Diciembre de 2020, se desarrollaron las siguientes actividades:
2244031, 2244032 y 2244033 - Formación Complementaria: MANEJO DE HERRAMIENTAS MICROSOFT OFFICE 2016: EXCEL
Fase de Ejecución:Se respondieron las publicaciones de los aprendices en foros sociales y temáticos. Se evaluaron y retroalimentaron las actividades enviadas por los aprendices. Se publicaron anuncios informativos del curso durante las semanas de formación. Se programaron y realizaron sesiones sincrónicas de atención a los aprendices a través de la Herramienta Meet.
Cierre de Formación y Juicios Evaluativos en Sofia Plus de las fichas: 2244031, 2244032 y 2244033

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.

ALEXANDRA MARCELA VILLAMIL LOPEZ
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,

OSCAR ROLANDO CASTRO GUERRA
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

JAIRO ENRIQUE ROBAYO MORENO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

101220LB54

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1110492684
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ALEXANDRA MARCELA VILLAMIL LOPEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	IBAGUE	DEPARTAMENTO:	TOLIMA
DIRECCIÓN:	BARRIO HACIENDA PIEDRA	TELÉFONO:	2709600
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:	**7773175631**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	noviembre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	noviembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2020	SALUD:	AÑO:	2020
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2020/12/10	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		826503278

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800227940	231001	231001-COLFONDOS	1	$ 234.100
SUBTOTAL:			1	**$ 234.100**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800130907	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1	$ 182.900
SUBTOTAL:			1	**$ 182.900**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 7.700
SUBTOTAL:			1	**$ 7.700**

TOTAL PAGADO:	**$ 424.700**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1110492684
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ALEXANDRA MARCELA VILLAMIL LOPEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	IBAGUE	DEPARTAMENTO:	TOLIMA
DIRECCIÓN:	BARRIO HACIENDA PIEDRA PINTADA	TELÉFONO:	2709600
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:		**7773175631**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES noviembre	AÑO 2020	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES noviembre	AÑO 2020
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2020/12/10	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		826503278

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
231001	231001-COLFONDOS	1	$ 234.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 234.100	$ 0	$ 234.100
SUBTOTALES:										**$ 234.100**	**$ 0**	**$ 234.100**

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
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 182.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 182.900	$ 0	$ 0	$ 182.900
SUBTOTALES:													**$ 182.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 182.900**

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	$ 7.700	$ 7.700	$ 0	$ 0	$ 7.700
SUBTOTALES:									**$ 7.700**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 7.700**

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	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	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
																																																				ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1110492684	VILLAMIL LOPEZ ALEXANDRA MARCELA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.462.608				NO																	231001-COLFONDOS	30	$ 1.462.608	$ 234.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 234.100	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.462.608	$ 182.900	$ 0	$ 182.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.462.608	111049268	$ 7.700		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 424.700**

Espinal, 06 / marzo / 2020

SENA - CFP 739123
Radicacion Recibida
No:73-1-2020-00[illegible]
06/03/2020 10[illegible]

Señores
Grupo de Apoyo Administrativo
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 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**
Cervera Villamil María José	1.104.951.046	**1. Hijos menores 18 años.**

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,

Alexandra M.

Alexandra Marcela Villamil López
C. C. 1.110.492.684 de Ibagué

Anexo: Relación de documentos que anexa el Contratista.

- Registro civil de nacimiento __X__

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1104951046

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 52892483

5289248 3

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
☐	☒	02	☐	☐	☐	T2 B

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía: COLOMBIA-TOLIMA-IBAGUE

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
CERVERA	VILLAMIL

Nombre(s): MARIA JOSE

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2013 Mes FEB Día 21	FEMENINO	A	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA-TOLIMA-IBAGUE

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	11686704-3

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: VILLAMIL LOPEZ ALEXANDRA MARCELA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 1110492684 de IBAGUE TOLIMA	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: CERVERA GONZALEZ CARLOS ALBERTO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 93407479 de IBAGUE TOLIMA	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: CERVERA GONZALEZ CARLOS ALBERTO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. 93407479 de IBAGUE TOLIMA	X

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 2013 Mes FEB Día 22	CESAR-AUGUSTO-ALVARADO-GAITAN-
	Nombre y firma ALVARADO GAITAN

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
X Firma	CESAR AUGUSTO ALVARADO GAITAN
	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

REGISTRADO EN EL LIBRO DE VARIOS TOMO 159 FOLIO 52 FEBRERO 22 DE 2013

CESAR AUGUSTO ALVARADO GAITA

IMPRESO POR FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800.170.432-1 TEL. 426 0110

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

NOTARIA SEGUNDA IBAGUE

1

LTA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

Círculo de Ibagué

NOTARIA SEGUNDA

FECHA: 26/07/2018

REGISTRO CIVIL

INDICATIVO SERIAL: 52892483

EL NOTARIO SEGUNDO DE IBAGUE HACE CONSTAR

Que la presente fotocopia es tomada del original que reposa en esta notaría. Se expide válida para:

PARENTESCO:

TRÁMITES LEGALES [X]

NOTA: Este registro civil tiene **VIGENCIA INDEFINIDA PAR. ART 21 Ley 962 de 2005.**

CÉSAR AUGUSTO ALVARADO GAITÁN

NOTARIO SEGUNDO DE IBAGUÉ

REPÚBLICA DE COLOMBIA NOTARIA SEGUNDA DE IBAGUÉ César Augusto Alvarado Gaitan Notario

REPÚBLICA DE COLOMBIA NOTARIA SEGUNDA DE IBAGUÉ César Augusto Alvarado Gaitan Notario