SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL CASANARE
C AGROINDUSTRIAL Y FORTALECIMIENTO EMPRESARIAL DE CASANARE - INT

Código Regional	**85**
Código Centro	**951910**
Fecha Elaboración	**Diciembre de 2020**
Versión	**AGOSTO 2020 - 5,20**
ID de Proceso	**39671-111689**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: ANA MILENA ORTIZ MATIZ
Correo electrónico contratista: anamileortiz@misena.edu.co
C.C. 46.381.430 **IP/Nº de contacto** 6356019

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: BANCOLOMBIA **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 36041895149

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: 1695474/2020 **Nº Compromiso SIIF** **80420**

Valor Total del Contrato	$ 18.296.700	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 1.546.200	**6**	**Del**	**01/12/2020**	**Al**	**12/12/2020**	**$ 1.546.200,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 0		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 1.546.200	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	$ 3.865.500			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 5.411.700**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 3.134.648**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**		**$ 0**

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

	Diciembre	**Noviembre**
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**4364456891**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 877.803	$ 1.546.200
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 109.800	$ 193.300
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 140.500	$ 247.400
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 4.600	$ 8.100
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	$ 247.400	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 193.300	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 16.200	
Dependientes hasta $ 1.139.424	$ 541.170	
Salud hasta $ 569.712	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 1.044.883	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	3.134.648,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	1.295.900,00	
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	12.959,00	1,000%
-	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	**$ 1.533.241,00**	

SON: UN MILLÓN QUINIENTOS TREINTA Y TRES MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y UN PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

PROGRAMA OPERACIÓN TURISTICA LOCAL, FICHAS 2059258 grado 10 de Támara,donde se trato la competencia de Coordinar actividades de acuerdo con estrategias de gestión y proceso adminstrativo,se llevo a cabo acompañamiento pedagogico por medio virtual donde se evaluó conocimientos y tecnicas de recursos financieros, técnicos y humanos en las rutas turísticas se llevo a cabo acompañamiento en grados virtual de las I.E

realizar proceso de planeación 2021(Acompañamiento a Registro, Inscripcion y entrega de documentos)
terminación de proceso de Certificación.
Horas reportadas en Sofia plus: 64
Planilla diciembre 202: 4368435382

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.

ANA MILENA ORTIZ MATIZ
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,

EDWIN ALONSO QUINTERO
INSTRUCTOR G11

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

JOHANA ASTRID MEDINA PEÑA
DIRECTOR REGIONAL

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	46381430
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ANA MILENA ORTIZ MATIZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	YOPAL	DEPARTAMENTO:	CASANARE
DIRECCIÓN:	KM 7 VIA MORICHAL	TELÉFONO:	2222222
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:		**4364456891**		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):	2020/12/14			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9993152118

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
230301	230301-PORVENIR	1	$ 247.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 247.400	$ 0	$ 247.400
SUBTOTALES:										**$ 247.400**	**$ 0**	**$ 247.400**

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	$ 193.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 193.300	$ 0	$ 0	$ 193.300
SUBTOTALES:													**$ 193.300**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 193.300**

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	$ 16.200	$ 16.200	$ 0	$ 0	$ 16.200
SUBTOTALES:									**$ 16.200**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 16.200**

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	ADMIN	TOTAL APORTE	SENA	TOTAL APORTE	ICBF	TOTAL APORTE	ESAP	TOTAL APORTE	MINEDU	TOTAL APORTE
1	CC 46381430	ORTIZ MATIZ ANA MILENA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.546.200				NO																	230301-PORVENIR	30	$ 1.546.200	$ 247.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 247.400	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.546.200	$ 193.300	$ 0	$ 193.300	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.546.200	46381430	$ 16.200		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 456.900**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	46381430
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ANA MILENA ORTIZ MATIZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	YOPAL	DEPARTAMENTO:	CASANARE
DIRECCIÓN:	KM 7 VIA MORICHAL	TELÉFONO:	2222222
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:			**4368435382**	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	diciembre	AÑO 2020	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	diciembre	AÑO 2020
DÍAS DE MORA:		0					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2020/12/15		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9993171121	

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
230301	230301-PORVENIR	1	$ 56.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 56.200	$ 0	$ 56.200
SUBTOTALES:										**$ 56.200**	**$ 0**	**$ 56.200**

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	$ 43.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 43.900	$ 0	$ 0	$ 43.900
SUBTOTALES:													**$ 43.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 43.900**

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	$ 3.700	$ 3.700	$ 0	$ 0	$ 3.700
SUBTOTALES:									**$ 3.700**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 3.700**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																					PARAFISCALES						
																										PENSIÓN								SALUD						ARP													
																												FSP		APORTES VOLUNTARIOS																	CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU
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 46381430	ORTIZ MATIZ ANA MILENA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 877.803				NO		12															230301-PORVENIR	12	$ 351.122	$ 56.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 56.200	EPS005-SANITAS S.A.	12	$ 351.122	$ 43.900	$ 0	$ 43.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	12	$ 351.122	46381430	$ 3.700		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 103.800**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	46381430
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ANA MILENA ORTIZ MATIZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	YOPAL	DEPARTAMENTO:	CASANARE
DIRECCIÓN:	KM 7 VIA MORICHAL	TELÉFONO:	2222222
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:	**4368797128**	TIPO DE PLANILLA:	N-CORRECCIONES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES diciembre AÑO 2020	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES diciembre AÑO 2020
DÍAS DE MORA:	0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2020/12/17	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9993201136
NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	4368435382	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	2020/12/15

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
230301	230301-PORVENIR	1	$ 42.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 42.800	$ 0	$ 42.800
SUBTOTALES:										**$ 42.800**	**$ 0**	**$ 42.800**

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	$ 33.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 33.500	$ 0	$ 0	$ 33.500
SUBTOTALES:													**$ 33.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 33.500**

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	$ 2.800	$ 2.800	$ 0	$ 0	$ 2.800
SUBTOTALES:									**$ 2.800**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 2.800**

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

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Yopal, 12 de diciembre 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:

NUIP - NIP	**1058353671**	**CRISTHIAN ANDRES HIGUERA ORTIZ**	**HIJO**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad

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: ANA MILENA ORTIZ MATIZ_____

C.C. 46.381.430_____

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1058353671

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 42116572

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 02 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 1842

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía: COLOMBIA / BOYACA / SOGAMOSO

Datos del inscrito

Primer Apellido: HIGUERA
Segundo Apellido: ORTIZ
Nombre(s): CRISTHIAN ANDRES
Fecha de nacimiento: Año 2007 Mes FEB Día 28
Sexo (en letras): MASCULINO
Grupo Sanguíneo: O
Factor RH: POSITIVO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA / BOYACA / SOGAMOSO

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos: ESCRITURA PUBLICA
Número certificado de nacido vivo:

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: ORTIZ MATIZ ANA MILENA
Documento de identificación (Clase y número): C.C.NO. 46.381.430 SOGAMOSO
Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: HIGUERA VARGAS JUAN CARLOS
Documento de identificación (Clase y número): C.C.NO. 74.183.166 SOGAMOSO
Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: HIGUERA VARGAS JUAN CARLOS
Documento de identificación (Clase y número): C.C.NO. 74.183.166 SOGAMOSO
Firma: 74183166

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos: XXXXXXXXXXXXXXX
Documento de identificación (Clase y número):
Firma:

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos: XXXXXXXXXXX
Documento de identificación (Clase y número):
Firma:

Fecha de inscripción

Año 2010 Mes JUL Día 26

Nombre y firma del funcionario que autoriza: ROSALIA CAMARGO PALACIOS
Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Nombre y Firma

ESPACIO PARA NOTAS

SUSTITUYE AL FOLIO 40007402 DEL 20 MAR 2007 MEDIANTE E.P. 1833 DEL 26 JUL 2010 NOTARIA 2DA. SOGAMOSO. CAMBIO DE NOMBRE. L.V. 090 TOMO 63.

COPIA TOMADA DE SU ORIGINAL QUE SE EXPIDE EN UNA HOJA DE PAPEL COMUN PARA DEMOSTRAR PARENTESCO LEY 2a. De 1976

ESTE REGISTRO TIENE VALIDEZ PERMANENTE

SOGAMOSO, 26 JUL 2010

NOTARIA 2a.

Rosalia Camargo Palacios NOTARIA SEGUNDA SOGAMOSO BOY.

— ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO —

Scanned by CamScanner

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
ENTREGA DE BIENES E INFORMACIÓN DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL POR EL CONTRATISTA

LUGAR	YOPAL
FECHA	13/12/2020
REGIONAL	CASANARE

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS:	IDENTIFICACIÓN
ANA MILENA ORTIZ MATIZ	C.C. No 46381430 de Sogamoso
DIRECCIÓN U OFICINA DONDE SE EJECUTÓ EL CONTRATO:	CAFEC
NÚMERO Y FECHA DE CONTRATO: CO1.PCCNTR.1695474 del 15/07/2020	

CAUSAL DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO

LIQUIDACIÓN POR MUTUO ACUERDO		CESIÓN		LIQUIDACIÓN ANTICIPADA POR MUTUO ACUERDO		TERMINACIÓN UNILATERAL	
	X						

DEPENDENCIA SENA	Marcar con x	RESPONSABLES	
		NOMBRES	FIRMA
GESTIÓN DE TIC		Luis Eduardo Rodriguez Boyaca	
ADMINISTRACIÓN DE DOCUMENTOS		Edwin Alonso Quintero	Alejandro Contreras
ENTREGA CARNÉ (A Supervisor del Contrato en las Regionales y Centros de Formación) SECRETARÍA GENERAL		Edwin Alonso Quintero	Alejandro Contreras
ALMACÉN E INVENTARIOS		Allrio Lozano Vargas	
SERVICIOS GENERALES, ADQUISICIONES (Administración de edificio, Contratación)		N/A	N/A
CONTABILIDAD		Miriam Ramirez Rincon	
TESORERIA		Maria Sorley Velandia Comayan	
COORDINACIÓN DE AREA/GRUPO/ ACADEMICA		Edwin Alonso Quintero	Alejandro Contreras
BIBLIOTECA		Yolanda Maria Gutiérrez Castañeda y/o Maria Aleida Henao Ayala	
OTRO			
OTRO			
SUPERVISOR DE CONTRATO		Edwin Alonso Quintero	Alejandro Contreras

ELEMENTOS FALTANTES U OBLIGACIONES PENDIENTES (Relacionar con su respectivo valor)

OTROS : _____

Firma del Contratista

GTH-F-074 V.03

Escaneado con CamScanner