SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL BOYACÁ
CENTRO DE DESARROLLO AGROPECUARIO Y AGROINDUSTRIAL

Código Regional	**15**
Código Centro	**911010**
Fecha Elaboración	**Diciembre de 2020**
Versión	**AGOSTO 2020 - 5,20**
ID de Proceso	**21757-734630**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: OSCAR HERNAN ROMERO PINEDA
Correo electrónico contratista: ohromero@sena.edu.co
C.C. 7.161.937 **IP/Nº de contacto** 3112890329

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: DAVIVIENDA **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 167470004109

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: 1373038/2020 **Nº Compromiso SIIF** **18920**

Valor Total del Contrato	$ 35.882.826	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 1.324.534	**11**	**Del**	**01/12/2020**	**Al**	**13/12/2020**	**$ 1.324.534,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 0		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 1.324.534	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	**$ 1.324.534**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 706.336**	**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	----------	**4363516376**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 877.803	$ 1.444.946
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 109.800	$ 180.700
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 140.500	$ 231.200
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 9.200	$ 15.100
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	$ -	
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	$ 132.453	
Salud hasta $ 569.712	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 235.445	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	706.336,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	1.074.234,00	
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	
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	**$ 1.324.534,00**	

SON: UN MILLÓN TRESCIENTOS VEINTICUATRO MIL QUINIENTOS TREINTA Y CUATRO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

1-4: ACTIVIDADES DE ORIENTACION VIRTUAL CON LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS DE MARIPI LA CABAÑA FICHAS 2061776 PRODUCCION AGROPEC MARIPI ZULIA 2062306 SISTEMAS AGROPECUARIOS ECOLOGICOS Y OTANCHE BETANIA 2062309 SISTEMAS GAROPECUARIOS ECOLOGICOS. SENSIBILIZACION A GRADOS NOVENOS EN LAS MISMAS INSTITUCIONES.
7-11: ACTIVIDADES DE DESARROLLO CURRICULAR

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.



OSCAR HERNAN ROMERO PINEDA
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,

LUIS ALEJANDRO AGUIRRE CAMACHO
INSTRUCTOR G19

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

IVAN MAURICIO ROJAS RUIZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	7161937
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			OSCAR HERNAN ROMERO PINEDA HERNAN ROMERO
CIUDAD/MUNICIPIO:	IBAGUE	DEPARTAMENTO:	TOLIMA
DIRECCIÓN:	MZA 47 CASA 11 B/TOPACIO	TELÉFONO:	3112890
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:			**4363516376**	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:			9993123694

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
230201	230201- PROTECCION	1	$ 231.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 231.300	$ 0	$ 231.300
SUBTOTALES:										**$ 231.300**	**$ 0**	**$ 231.300**

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	$ 180.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 180.700	$ 0	$ 0	$ 180.700
SUBTOTALES:													**$ 180.700**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 180.700**

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	$ 15.100	$ 15.100	$ 0	$ 0	$ 15.100
SUBTOTALES:									**$ 15.100**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 15.100**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																								PARAFISCALES						
																												PENSION								SALUD						ARP																	
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	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS 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	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 7161937	ROMERO PINEDA OSCAR HERNAN	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.445.200				NO																		230201-PROTECCION	30	$ 1.445.200	$ 231.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 231.300	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.445.200	$ 180.700	$ 0	$ 180.700	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.445.200	7161937	$ 15.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 427.100**

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Duitama, 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 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:

NUIP - NIP	**1051316303**	**ANGELA MARIA ROMERO CARRERO**	**HIJO**
NUIP - NIP	**1142716938**	**LUNA SARAY ROMERO RUGELES**	**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: **OSCAR HERNAN ROMERO PINEDA**

C.C. 7´161.937 de Tunja

REPUBLICA DE COLOMBIA
Sistema General de Seguridad Social en Salud Régimen Subsidiado
COMPARTA
BOYACA
CODIGO ESS118
1524803145 EL ESPINO
Nombre ANGELA MARIA ROMERO CARRERO
RC 1051316303 Fec Nac 30/04/2007
Fecha de afiliación 30/04/2007
Discapacidad: SIN DISCAPACIDAD
BARRIO SANTA ANA ZONA URBANA
IPS CENTRO DE SALUD DE EL ESPINO
Vigencia 01/04/2008 - INDEFINIDO

REPUBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCION NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 39761532

Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Codigo D 7 Y

ESPINO XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ROMERO XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	CARRERO XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Nombre(s): ANGELA MARIA XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Fecha de nacimiento			Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2 0 0 7	Mes A B R	Día 3 0	FEMENINO	O	+

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección): COLOMBIA BOYACA EL ESPINO XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
SOLICITUD VERBAL XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXX

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: CARRERO BUITRAGO MARIA DEL CARMEN XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. NO. 23.574.490 XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: ROMERO PINEDA OSCAR HERNAN XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. NO. 7.161.937 DE TUNJA XXXXXXXXXXXXX	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: ROMERO PINEDA OSCAR HERNAN XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. NO. 7.161.937 DE TUNJA XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	[firma]

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXX

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXX

Fecha de inscripción			Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2 0 0 7	Mes N O V	Día 2 [illegible]	JAIME JESUS MUÑOZ PUENTES Nombre y firma

Reconocimiento paterno: [firma]

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento: [firma]

DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 43781061

NUIP 1142716938

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

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

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA - SANTANDER - FLORIDABLANCA

Datos del inscrito

Primer Apellido: ROMERO **********

Segundo Apellido: RUGELES **********

Nombre(s): LUNA SARAY **********

Fecha de nacimiento: Año 2009 Mes JUL Día 23

Sexo (en letras): Femenino

Grupo sanguíneo: B

Factor RH: Positivo

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA - SANTANDER - FLORIDABLANCA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo: 51808603-0

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: RUGELES LOPEZ ELIANA LIZETH

Documento de identificación (Clase y número): CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO 46.369.618

Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: ROMERO PINEDA OSCAR HERNAN

Documento de identificación (Clase y número): CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 7.161.937

Nacionalidad: COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: RUGELES LOPEZ ELIANA LIZETH

Documento de identificación (Clase y número): CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 46.369.618

Firma

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

Año 2009 Mes AGO Día 18

Nombre y firma del funcionario que autoriza

SABINO ALFONSO CABALLERO

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

SABINO ALFONSO CABALLERO

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

RECONOCIMIENTO INSCRITO EN EL LIBRO DE VARIOS TOMO FOLIO 180

KJAJ

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO