SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL CHOCÓ
CENTRO DE RECURSOS NATURALES, INDUSTRIA Y BIODIVERSIDAD - SERVICI

Código Regional	27
Código Centro	952210
Fecha Elaboración	Marzo de 2020
Versión	FEBRERO 2020 - 2.20
ID de Proceso	16714-315959

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: / Correo electrónico contratista:	CARLOS TADEO MOSQUERA RIOS ctmosquera@sena.edu.co	C.C.	11.798.009	IP/N° de contacto	0
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:	BANCO DE BOGOTA	Tipo de cta	AHORROS	N° Cuenta	979037421
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

N° del contrato:	1397019/2020			N° Compromiso SIIF	16020
Valor Total del Contrato	$ 23.896.000	N ° Pago	Periodo objeto de pago		Valor Bruto Pago
Saldo Anterior del Contrato	$ 23.396.167	2	Del 01/03/2020	Al 31/03/2020	$ 2.987.000,00
Nuevo Saldo del Contrato	$ 20.411.167		Comisiones	$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.987.000		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	$ 497.833			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	$ 3.484.833		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	$ 1.800.338		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	$ 0

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

	Marzo	Febrero
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		Dcto1273/2018
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.194.800	$ 877.803
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 149.400	$ 109.800
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 191.200	$ 140.500
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 6.300	$ 4.600
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	$ 140.500	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 109.800	
Aportes A R L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 4.800	
Dependientes hasta $ 1.139.424	$ 348.483	
Salud hasta $ 569.712	$ 145.000	
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 600.113	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

		TARIFA
Valor Base retención en la fuente	1.800.338,00	
Valor Base retención en la fuente ICA	2.646.400,00	
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 - 8551	5.293,00	0,200%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Pro Utch	29.870,00	1,000%
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	**$ 2.951.837,00**	

SON: DOS MILLONES NOVECIENTOS CINCUENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

oriente los procesos de enseñanza aprendizaje.
programe las actividades de enseñanza aprendizaje de conformidad con los módulos de programación.
lleve el registro de evidencias de la actividad enseñanza aprendizaje en el portafolio personal.
evaluó la formación de los aprendices.
otendí oportunamente los requerimientos de la coordinación
se brindo apoyo y seguimiento técnico.
se proyecto videos motivacionales a fin de que los aprendices despierten esa cultura empresarial que llevan dentro.

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 veridica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí diligenciados.

CARLOS TADEO MOSQUERA RIOS
EL CONTRATISTA

CERTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí 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 periodo 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,

HARRY EDUVAR MARTINEZ ASPRILLA
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

JUAN CARLOS BLANCO CORDOBA
DIRECTOR REGIONAL CON FUNCIONES DE SUBDIRECTOR DE CENTRO

Señor(es): CARLOS TADEO MOSQUERA RIOS
Nit: CC 11798009
Dirección: CL 33A N 1 41
Teléfono: 6717153 **Fax:**
Ciudad: QUIBDO

Respetado(s) señor(es)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

Nombre	CARLOS TADEO MOSQUER
Tipo y número de identificación	11798009
Número de planilla asociada	83418653238
Fecha de pago	3/5/2020
Número de autorización de pago	41083230
Banco	1052
Valor Intereses	$0

Número de empleados	1
Periodo de cotización Salud	Marzo 2020
Periodo de cotización Pensión	Marzo 2020
Periodo de cotización ARL	Marzo 2020
Número de administradoras	3
Total Pagado	$348.300
Total mora mora	$0

CODIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NUMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	$6.300	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	$192.000	1
EPS005	Sanitas EPS	$150.000	1

Certifico que este recibo corresponde a mis aportes de seguridad social y ARL del mes de marzo 20/2020
1079800 9

2

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Quibdó, 14 de marzo 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:

T.I.	1000758013	CARLOS ZAMIR MOSQUERA CORDOBA	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
CARLOS TADEO MOSQUERA RIOS
C.C. 11798009 de Quibdó.

3

Certificado de Registro Civil de Nacimiento

El suscrito Notario Veintisiete del Circulo de Medellín,
en cumplimiento del Artículo 115 del Decreto 1260 de 1970

Certifica:

República de Colombia
Departamento de Antioquia

Que en el libro ---------- Folio 13[illegible]7 v.1 ---------- del Registro Civil de Nacimientos
de fecha ABRIL 15 2002 ---------- Se encuentra inscrita el acta de Nacimiento
de: CARLOS ZABIER MOSQUERA CORDOBA ---------- de sexo
MASCULINO ---------- Que ocurrió el ABRIL 13 2002 ---------- en el municipio de
MEDELLIN ---------- departamento de ANTIOQUIA ---------- República de Colombia
es hijo de CORDOBA RENTERIA DOLLY HERRERA ----------
y de MOSQUERA RIOS CARLOS TADEO ----------

EFECTOS CIVILES
Válido Unicamente para VALE PARA [illegible]

Medellín, 15 de ABRIL del 200[illegible]

Carrera 52 No. 67A - 92 Medellín

ESTE REGISTRO CIVIL
TIENE VALIDEZ PERMANENTE

Héctor [illegible] López Correa
Notario [illegible]

4