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	64136-155928

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	RUBEN ISACIO CAICEDO PADILLA	C.C.	11.799.156	IP/N° de contacto	3106051264
Correo electrónico contratista:	rcaicedop@sena.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	N° Cuenta	53641869844
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:	1367946/2020			N° Compromiso SIIF	5520
Valor Total del Contrato	$ 25.708.800	N ° Pago	Periodo objeto de pago		Valor Bruto Pago
Saldo Anterior del Contrato	$ 23.950.934	2	Del 01/03/2020	Al 31/03/2020	$ 3.296.000,00
Nuevo Saldo del Contrato	$ 20.654.934		Comisiones	$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.296.000		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	**$ 3.296.000**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.942.950**		**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	----------	Dcto/1273/18
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.318.400	$ 877.803
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 164.800	$ 109.800
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 211.000	$ 140.500
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 6.900	$ 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	$ -	
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	$ 329.600	
Salud hasta $ 569.712	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 647.650	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	1.942.950,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	2.920.200,00	
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	5.840,00	0,200%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Pro Utch	32.960,00	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	**$ 3.257.200,00**	

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

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Preparación de clases de acuerdo a los métodos y procesos de aprendizaje de manera constructiva y apoyada en los cuatro ejes.
Ejecutar acompañamiento directo a los aprendices de formación complementaria de salud ocupacional
Apoyo de actividades de la formación en la formulación y legislación en seguridad y salud en el trabajo decreto 1295 de 1994
Apoyo de actividades de la formación en la formulación y evaluación inicial de SG -SST.
Apoyo de actividades de la formación en la formulación de la conformación y elaboración del comité de seguridad y salud en el trabajo.
Retroalimentación de los temas tratados para dar inicio actividades y planeación del horario de trabajo semanal.
Apoyo de actividades de la formación en la formulación de l
Apoyo de actividades de la formación Generalidades de seguridad y salud en el trabajo.
Apoyo de actividades de la formación sistema general de seguridad social en colombia.
Apoyo de actividades de al formación riesgo, tabla de riesgo matriz de riesgo NTC 45.
Apoyo de actividades de la formación capacitación en primeros auxilios teórico practico.

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.

RUBEN ISACIO CAICEDO PADILLA
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,

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): RUBEN ISACIO CAICEDO PADILLA
Nit: CC 11799156
Dirección: CALLE 33 -3502 KENNEDY
Teléfono: 6717155 **Fax:** 0
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

	RUBEN ISACIO CAICEDO P.
	11799156
	8341328894
	3/16/2020
	41328894
	1052
	$0

	1
	Febrero 2020
	Febrero 2020
	Febrero 2020
	3
	$260.800
	$1.000

14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	$9.300	1
230301	Porvenir	$141.200	1
EPS037	Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS	$110.300	1

AL PAGO
CERTIFICO QUE EL PRESENTE RECIBO CORRESPONDE A 1 PAGO DEL 1 MES DE FEBRERO DE SEGURIDAD SOCIAL, SALUD Y ARL.
Ruben I. CAICEDO P.
CC 11799156

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

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Quibdó 1 de marzo 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:

R.C	1078003176	ELIAN ANDRES CAICEDO PALOMEQUE	HIJ0
T.I.	1193222714	HEILYN DEL MAR CAICEDO PALOMEQUE	HIJA

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,

Rubén e

FIRMA

Nombre: RUBEN ISACIO CAICEDO PADILLA

C.C. 11799156.

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1078012667

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 59345478

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [0 1] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código K 8 H

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

COLOMBIA - CHOCÓ - QUIBDÓ

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
CAICEDO	PALOMEQUE

Nombre(s)

ELIAN ANDRES

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2016 Mes FEB Día 20	MASCULINO	A	POSITIVO

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

COLOMBIA - CHOCÓ - QUIBDÓ

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
SOLICITUD ESCRITA ANTE EL NOTARIO	

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

CAICEDO PADILLA RUBEN ISACIO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 11,799,156	COLOMBIA

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

PALOMEQUE BEJARANO MARIA MABEL

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 26,274,378	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

PALOMEQUE BEJARANO MARIA MABEL

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 26,274,378	

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 2018 Mes AGO Día 01	JORGE IVAN RIOS VALENCIA Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

010.222.001.

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1078003176

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 43605713

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 01 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 33 0 1

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

COLOMBIA CHOCO QUIBDO

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
CAICEDO	PALOMEQUE

Nombre(s)

HELLYN DEL MAR

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2009 Mes 09 Día 24	FEMENINO		

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

COLOMBIA CHOCO QUIBDO

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	32029685-7

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

PALOMEQUE BEJARANO MARIA MABEL

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 26.274.378 DE QUIBDO	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

CAICEDO PADILLA RUBEN ISACIO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 11.799.156 DE QUIBDO	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

CAICEDO PADILLA RUBEN ISACIO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. No. 11.799.156 DE QUIBDO	Ruben C

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXX

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXX

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2009 Mes 010 Día 08	TITO EUFRATES SALAZAR LOZANO
	Nombre y firma

Tito E. Salazar Lozano
Notario Primero

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -