SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL BOYACÁ
CENTRO MINERO- BOYACA - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION

Código Regional	**15**
Código Centro	**911110**
Fecha Elaboración	**Abril de 2020**
Versión	**MARZO 2020 - 3,20**
ID de Proceso	**84780-818777**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	JOSE MAURICIO HERNANDEZ ARIAS	**C.C.**	7.162.295	**IP/Nº de contacto**	3108578317
Correo electrónico contratista:	jhhernandeza@sena.edu.co				

Régimen del IVA: NO RESPONSABLE **Pertenece al régimen simple de tributación?** NO **Es declarante de renta?** SI **Es Pensionado?** NO

Sus ingresos en el 2019 Superaron $47.978.000 SI **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** SI

Banco al cual consignar: BANCO CAJA SOCIAL **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 24020520667

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

Nº del contrato: 1411431/2020 **Nº Compromiso SIIF** **20820**

Valor Total del Contrato	$ 34.203.067	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 30.228.767	**3**	**Del**	**01/04/2020**	**Al**	**30/04/2020**	**$ 3.613.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 26.615.767		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.613.000	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	**$ 3.613.000**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.129.775**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**		**$ 0**

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

	Abril	Marzo
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**17596488**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.445.200	$ 1.445.200
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 180.700	$ 180.700
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 231.300	$ 231.300
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 15.100	$ 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	$ 361.300	
Salud hasta $ 569.712	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 709.925	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.129.775,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.201.000,00	
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	**$ 3.613.000,00**	

SON: TRES MILLONES SEISCIENTOS TRECE MIL PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Planear, orientar y evaluar procesos de formación en el área y programa objeto del presente contrato, de acuerdo con la programación establecida, el modelo pedagógico del SENA, los lineamientos del sistema de gestión integral de calidad.
Establecer la ruta de aprendizaje y asociar aprendices en el aplicativo SOFIA PLUS de acuerdo a la programación en intensidad horaria que se fije para cada programa de formación.
Planear y ejecutar las actividades relacionadas de la guía de aprendizaje.
Ejecutar la formación profesional integral de acuerdo con el currículo, desarrollo curricular y proyecto formativo de los programas del área temática objeto del contrato.
Aplicar según la modalidad, estrategias de enseñanza, aprendizaje, seguimiento y evaluación de acuerdo a los lineamientos pedagógicos y metodológicos de la entidad.
Participar cuando el centro de formación lo requiera, en proyectos de investigación técnica y/o pedagógica para fortalecer institucionales, para el área temática del objeto contractual.
Participar en la planeación de los procesos formativos en modalidad virtual y a distancia, de acuerdo con los lineamientos institucionales, para el área temática del objeto contractual.
CTA DE AHORROS: CAJA SOCIAL 2402020667
TOTAL HORAS ABRIL de 2020: 120

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.

JOSE MAURICIO HERNANDEZ ARIAS
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,

ECCEHOMO SUAREZ GUTIERREZ
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 PINILLA HOLGUIN
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

RAZON SOCIAL :	JOSE MAURICIO HERNANDEZ ARIAS
IDENTIFICACION:	CC-7162295
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2020-04-14
FECHA LIMITE DE PAGO:	2020-04-24
FECHA DE PAGO:	2020-04-03
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO CAJA SOCIAL BCSC
PERIODO PENSION:	2020-03
PERIODO SALUD:	2020-03
NUMERO PLANILLA:	17596488
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	17596488
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	$ 1.445.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 180.700	$ 180.700
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	$ 1.445.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 231.300	$ 231.300
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 1.445.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 15.100	$ 15.100
		Total a pagar		$ 4.335.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 427.100	$ 427.100

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	26/05/2020

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Sogamoso, Abril 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:

T.I.	**1051066720**	**SARAH VALERIA HERNANDEZ LEON**	**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: JOSE MAURICIO HERNANDEZ ARIAS

C.C. 7162295 DE TUNJA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1051066720

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 39076571

39076571

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
☐	X	☐☐	☐	☐	☐	D 7 N

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

NOTARIA 3 TUNJA COLOMBIA BOYACA TUNJA**********

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
HERNANDEZ**********	LEON**********

Nombre(s)

SARAH VALERIA**********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2005 Mes NOV Día 19	FEMENINO*********	A*******	+********

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

COLOMBIA BOYACA TUNJA**********

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO**********	A6666093**********

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

LEON MEDINA CLARA PATRICIA**********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 0040035883**********	COLOMBIA**********

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

HERNANDEZ ARIAS JOSE MAURICIO**********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 0007162295**********	COLOMBIA**********

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

HERNANDEZ ARIAS JOSE MAURICIO**********

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CEDULA DE CIUDADANIA 0007162295**********	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 2005 Mes NOV Día 26	GUILLERMO SANDOVAL FONSECA********
	Nombre y firma

Guillermo Sandoval Fonseca
3ª NOTARIO TERCERO
TUNJA

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

NOTARIA TERCERA DEL CIRCULO DE TUNJA
ES FIEL Y AUTENTICA COPIA TOMADA DE SU
ORIGINAL QUE REPOSA EN ESTA NOTARIA
SE EXPIDE A SOLICITUD DEL INTERESADO PARA
TRAMITES LEGALES.
TIENE VIGENCIA PERMANENTE SALVO EXEPCIONES
DE LEY.

ESPACIO PARA NOTAS

TUNJA: 12 MAY 2015

Guillermo Sandoval Fonseca
3ª NOTARIO TERCERO
TUNJA

FESA S.A. NIT. 890.321.151-0

— ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO —

REPUBLICA DE COLOMBIA

3ª NOTARIA TERCERA DEL CIRCULO DE TUNJA

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1051066720

*

Tipo de certificado — Datos Esenciales [ ] — Acreditar Parentesco [X]

Datos del Inscrito: — Apellidos y Nombres completos

HERNANDEZ LEON SARAH VALERIA**********

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)							Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año	2 0 0 5	Mes	N O V	Día	1 9		FEMENINO**********	A +******

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

COLOMBIA BOYACA TUNJA**********

Fecha de Inscripción (Mes en letras)						Indicativo serial
Año	2 0 0 5	Mes	N O V	Día	2 8	0039076571**********

Datos de la Madre: — Apellidos y Nombres completos

LEON MEDINA CLARA PATRICIA**********

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 40035883**********	COLOMBIA**********

Datos del Padre: — Apellidos y Nombres completos

HERNANDEZ ARIAS JOSE MAURICIO**********

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 7162295**********	COLOMBIA**********

Datos del Solicitante: — Apellidos y Nombres completos

HERNANDEZ ARIAS JOSE MAURICIO**********

Documento de Identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA 7162295**********

ESTE REGISTRO CIVIL TIENE VALIDEZ PERMANENTE Y ES VALIDO PARA TRAMITAR DOCUMENTOS**********

****

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País	Departamento	Municipio	Código
COLOMBIA	BOYACA	TUNJA**********	0 7 N

Fecha de Expedición del certificado (Mes en letras)						
Año	2 0 0 5	Mes	N O V	Día	2 8	

NOTARIA ENCARGADA

Piedad S. de Borras

PIEDAD SANDOVAL DE BORRAS

NOTARIO