

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL SANTANDER DESPACHO REGIONAL-EMPRENDE RURAL		Código Regional	68
			Código Centro	101068
			Fecha Elaboración	17 de abril de 2020
			Versión	MARZO 2020 - 3,20
			ID de Proceso	17910-499777

DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista: ELKIN DARIO RAGUA RUEDA		C.C. 13.872.714	IP/N° de contacto 73002	
Correo electrónico contratista: elkinragua@gmail.com				
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 ? NO		
Banco al cual consignar: BANCOLOMBIA	Tipo de cta AHORROS	N° Cuenta 79379813301		
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: 1354054/2020	N° Compromiso SIIF 18920			
Valor Total del Contrato \$ 43.221.547	N ° Pago 3	Periodo objeto de pago Del 01/04/2020 Al 30/04/2020		Valor Bruto Pago \$ 4.052.020,00
Saldo Anterior del Contrato \$ 36.468.180		Comisiones \$ 0,00		
Nuevo Saldo del Contrato \$ 32.416.160				

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios \$ 4.052.020	Tarifa de Retención en la Fuente ART 383° 0,00%			
Ingresos por comisiones \$ 0	Retención en la Fuente del Periodo \$ 0			
Ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ 0	Menos, Retefuente Otros Ingresos \$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO \$ 4.052.020	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO \$ 0			
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 2.388.539				

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS 41398873	Abril	Marzo	Valor Base retención en la fuente 2.388.539,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC \$ 1.620.808	Valor Base retención en la fuente ICA 3.589.920,00		Valor base IVA 0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud \$ 202.700	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00		19%	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión \$ 259.400	Menos Retención en la Fuente 0,00		0,00%	
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional \$ -	Menos Retención IVA 0,00		15%	
ARL \$ 8.500	Reteica - 8299 0,00		0,600%	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias \$ -	Otras Retenciones 0,00		0,000%	
Aportes voluntarios a cuentas AFC \$ -	Otras Retenciones 0,00		0,000%	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.128.000 \$ -	Otras Retenciones 0,00		0,000%	
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.560.700 \$ -	Otras Retenciones 0,00		0,000%	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ -	Otras Retenciones 0,00		0,000%	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ -	Otras Retenciones 0,00		0,000%	
Aportes A.R.L. de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ -	Otras Retenciones 0,00		0,000%	
Dependientes hasta \$ 1.139.424 \$ 405.202	Descuentos de Libranza 0,00		0,00	
Salud hasta \$ 569.712 \$ -	Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00		0,00	
Renta Exenta 25% \$ 8.545.680 \$ 796.180	VALOR A PAGAR \$ 4.052.020,00			
Retención en la Fuente Contingente \$ -				

SON: CUATRO MILLONES CINCUENTA Y DOS MIL VEINTE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO	
Apoyar al Profesional de Apoyo Regional del programa SER y a la Subdirección de Centro en la coordinación de las acciones Organizar con las áreas respectivas el alistamiento de los procesos formativos en lo referente a planeación pedagógica, desarrollo cu Apoyar en el seguimiento a la ejecución de las acciones de formación en campo, respecto del cumplimiento de lo establecido en la guía Asistir y participar en los foros, seminarios, cursos virtuales, comités de trabajo, reuniones y cualquier otro tipo de evento al que Realizar despliegue de los lineamientos, políticas y normatividad requeridas para el desarrollo de las actividades del SENA programa a Organizar con las áreas respectivas el alistamiento de los procesos formativos en lo referente a planeación pedagógica, desarrollo c Apoyar en la celebración de convenios, convocatorias, alianzas y actividades de articulación sectorial e interinstitucional que ap	

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.	ELKIN DARIO RAGUA RUEDA 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 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, DOLLY MAYERLY VALENZUELA SUAREZ PROFESIONAL G06

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

ORLANDO ARIZA ARIZA
DIRECTOR REGIONAL

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	13872714	Elkin Dario Ragua Rueda		calle 100 18-94	6516705	elkinragua@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			SANTANDER	BUCARAMANGA	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2020-03	2020-03	I	19/03/2020	41398873	\$470.600

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	202.700	0		0		0	0	0	0	202.700	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	259.400	0	0	0	0	0	0		259.400	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	8.500				8.500	0	0	8.500			85	8.500	1

TOTALES CAJAS									
Código CCF	Nombre					NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	202.700	202.700
Pensión	1	259.400	259.400
Riesgos Laborales	1	8.500	8.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	470.600	470.600

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	13872714	Elkin Dario Ragua Rueda		calle 100 18-94	6516705	elkinragua@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			SANTANDER	BUCARAMANGA	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2020-03	2020-03	I	19/03/2020	41398873	\$470.600	

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Extranjero	Cotiz. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SEN	ROE	UNA	VAC	AVP	ACT	RL	CONSECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	13872714	RAGUA RUEDA ELKIN DARIO	59	0			N																	25-14	1.620.808	259.400	0	0	0	0	EPS002	1.620.808	202.700	14-11	1.620.808	1	8.500		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Bucaramanga, 17 /Abril/2020

Señores
Grupo de Apoyo Administrativo Mixto
Servicio Nacional de Aprendizaje SENA
Ciudad

Asunto: Solicitud deducible retención en
fuente por dependientes

Estimados señores:

Con la presente solicito que de acuerdo con el Artículo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el Artículo 2º. Párrafo 3ro. del Decreto 099 del 2013, se tenga en cuenta como deducible de mis ingresos brutos provenientes del contrato de prestación de servicios por el concepto de dependientes, los cuales relaciono a continuación:

Apellidos y Nombre	Documento Identidad	Calidad del Dependiente
Maria Camila Raguá Figueredo	1096704619	1. Hijos menores 18 años.

Certifico bajo la gravedad de juramento la información consignada en esta solicitud y me comprometo a enviar solicitud de revocación de aplicación del deducible por dependientes en el caso en que cesen las condiciones que dan origen a esta solicitud.

Cordialmente,


ELKIN DARIO RAGUÁ BUENA
C.C. 13.872.714

Anexo: Relación de documentos que anexa el trabajador.

- Registro civil de nacimiento X
- Certificado de estudios.
- Certificado contador público.
- Certificado medicina legal.

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

NUIP	1096704619
-------------	------------

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 53093619

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina							
Registraduría ☐	Notaría ☒	Número ☐ 06	Consulado ☐	Corregimiento ☐	Inspección de Policía ☐	Código	Q 4 E
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía							
COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA							

Datos del inscrito			
Primer Apellido		Segundo Apellido	
RAGUA *****		FIGUEREDO *****	
Nombre(s)			
MARIA CAMILA *****			
Fecha de nacimiento		Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo
Año	2 0 1 5	Mes	A B R
Día	3 0	Femenino	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	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	52710649-5

Datos de la madre	
Apellidos y nombres completos	
FIGUEREDO LUNA MELISSA ANDREA	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO.37577572	COLOMBIANA

Datos del padre	
Apellidos y nombres completos	
RAGUA RUEDA ELKIN DARIO	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 13872714	COLOMBIANO

Datos del declarante	
Apellidos y nombres completos	
RAGUA RUEDA ELKIN DARIO	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 13872714	

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	2 0 1 5
Mes	M A Y
Día	0 8



HERSILIA GONZALEZ PEÑUELA

Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -