SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL ANTIOQUIA
CENTRO DE TECNOLOGIA DE LA MANUFACTURA AVANZADA - ANTIOQUIA -SE

Código Regional	**5**
Código Centro	**920410**
Fecha Elaboración	**Abril de 2020**
Versión	**MARZO 2020 - 3,20**
ID de Proceso	**40323-797958**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	ALVARO HUMBERTO VILLALBA GOMEZ	**C.C.**	79.643.150	**IP/Nº de contacto**	43266
Correo electrónico contratista:	ahvillalba@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 NO **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** SI

Banco al cual consignar: AV VILLAS **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 78757866

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: 1333717/2020 **Nº Compromiso SIIF** **6120**

Valor Total del Contrato	$ 36.828.580	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 29.708.388	**3**	**Del**	**01/04/2020**	**Al**	**30/04/2020**	**$ 3.682.858,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 26.025.530		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.682.858	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	**$ 3.682.858**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.170.929**	**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	----------	**1027800466**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.473.143	$ 1.473.143
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 184.200	$ 184.200
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 235.800	$ 235.800
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL III	$ 35.900	$ 35.900
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	$ 368.286	
Salud hasta $ 569.712	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 723.643	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.170.929,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.262.858,00	
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	
Jaime Isaza Cadavid	14.731,00	0,400%
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	**$ 3.668.127,00**	

SON: TRES MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y OCHO MIL CIENTO VEINTISIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se imparte formación en las fichas de grupos titulados Gestion Redes Datos: 1964341 y 1964327. Trimestre I 2020
Se imparte formación en las fichas de grupos titulados Mantenimiento Equipos y Cableado Estructurado: 1751420 y 1615129. Trimestre I
Se presenta al supervisor el reporte de actividades del mes

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.

ALVARO HUMBERTO VILLALBA GOMEZ
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,

HONORIO DE JESUS OLIVEROS GOMEZ
INSTRUCTOR G20

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

GUSTAVO LOPEZ DE MESA GUTIERREZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de Seguridad Social
Fecha	2020-04-01, 07:07:02 PM en horario extendido
Periodo de Cotización Otros Riesgos	marzo de 2020
Periodo de Cotización Para Salud	marzo de 2020
Empresa	ALVARO HUMBERTO VILLALBA GOMEZ
CEDULA CIUDADANIA	CC 79643150
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1027800466
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	589996561
Banco	(1052) - BANCO AV VILLAS
Valor	$ 436.600
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.0.19.58

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	$ 235.800	$ 0
N800251440	EPS005	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.	1	$ 184.200	$ 0
N860011153	14-23	ARP - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1	$ 7.700	$ 0
N890900841	CCF04	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE ANTIOQUIA COMFAMA	1	$ 8.900	$ 0

SubTotales:	$ 436.600	$ 0
Total a Pagar:		$ 436.600

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

PAGOSIMPLE | Prefactura

Simple

Fecha creación reporte: 2020-04-14, 12:45:04 PM **Tipo Planilla:** N: PLANILLA CORRECCIONES

Nro Planilla Corregida: 1027800466 **Periodo Cotización:** marzo de 2020 **Periodo Servicio:** marzo de 2020 **Referencia pago (PIN):** 8803221870

Fecha limite de pago: 2020-04-15

GUARDADA 14/04/2020

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ALVARO HUMBERTO VILLALBA GOMEZ				
Documento	CC79643150	**Dirección**	CL 75AA SUR #52 D - 60 APARTAMENTO 901		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	5784722		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	MONTEBELLO	**Departamento**	ANTIOQUIA		
Representante Legal		**Identificación**			

IMPORTANTE: Señor aportante, si usted realiza el pago de su aporte después de las 3:00 PM este se hará efectivo al día hábil siguiente; recuerde revisar su liquidación antes del pago, SIMPLE S.A.; da por entendido que el aportante está de acuerdo con la información suministrada, en consecuencia cualquier inconsistencia con las administradoras serán responsabilidad del aportante.

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Administradora	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 79643150	VILLALBA GOMEZ ALVARO HUMBERTO	59	00								C									0	0	0	0	COLPENSIONES	$ 0	$ 0	EPS SANITAS	$ 0	$ 0	POSITIVA DE SEGUROS	$ 0	$ 28.200	COMFAMA	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 28.200

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes FSP	Aportes FSS	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE	TOTAL INTERESES	TOTAL FINAL
$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 28.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 28.200	$ 0	$ 28.200

IV.INFORMACION

Día hábil de pago sin mora
9

Periodo de cotización salud

Enero	Febrero	Marzo	Abril	M
☐	☐	☐	☐	

Cafam-Colsubsidio-Mercadroguerías Cafam-Colsubsidio-

8888032218700000000991231

Señor aportante recuerde realizar el pago de sus aportes al Sistema General de Seguridad Social dentr
servicios con sus admir

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartag
¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger

PAGO DE FACTURAS
SIMPLE S.A
NUM APROBACION: 196480
REFERENCIA: 8803221870
FECHA EFECTIVA: MAR 14 ADR 20
HORA TRANSACCION: 20514454135
VALOR: 28.200
FECHA EXPE:MAR14 ADR 20 15:36:25
195-081800726-189
78534?-3125548-8446?1-9?34?93-?0
CORRESPONSAL BANCARIO PARA
BANCO DE OCCIDENTE. LA IMPRE-
SION DE ESTE TIQUETE IMPLICA
SU ACEPTACION. VERIFIQUE LA
INFORMACION. ESTE ES EL UNICO
RECIBO OFICIAL DE PAGO REQUE-
RIMIENTOS
SERVICIOALCLIENTE@PAGOSIMPLE.COM

VERIFIQUE EL PIN DEL TICKET
AGT 11200 CLR 1036583842
8813?409-3165?59

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Medellín, 30 de 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 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.	**1033258554**	**ANDREA VILLALBA HOYOS**	**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: __ALVARO HUMBERTO VILLALBA GOMEZ__

C.C. ____79.643.150 de Bogotá__

Notaría DIECINUEVE del Círculo de Medellín, DOY FE de que el contenido de esta Hoja corresponde al original.

Medellín, 28 JUNIO DE 2006

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

CIRCULO NOTARIAL DE MEDELLIN

35408729

NUIP 1033258554

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 35408729

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
☐	X	19	☐	☐	☐	0014

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

COLOMBIA — ANTIOQUIA — MEDELLIN

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
VILLALBA	HOYOS

Nombre(s)

ANDREA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2006 Mes ABR Día 01	FEMENINO.		

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

COLOMBIA — ANTIOQUIA — MEDELLIN

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIMIENTO	A 6882938

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: HOYOS RENDON — DIANA MARIA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C # 43.541.926 MED.	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: VILLALBA GOMEZ — ALVARO HUMBERTO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C # 79.643.150 BTA.	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: VILLALBA GOMEZ — ALVARO HUMBERTO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C # 79.643.150 BTA. TEL: 2221583	

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 de autorización
Año 2006 Mes ABR Día 05	BEATRIZ ELENA LONDOÑO DE B.
	Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO