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 MANOFACTURA AVANZADA-ANTIOQUIA

Código Regional	**5**
Código Centro	**920410**
Fecha Elaboración	**Marzo de 2020**
Versión	**FEBRERO 2020 - 2,20**
ID de Proceso	**45957-092041**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	EDWIN ANDRÉS MEDINA MOGOLLÓN	**C.C.**	74.183.945	**IP/Nº de contacto**	3144032414
Correo electrónico contratista:	emedinam@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 ?**	NO
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**	26255125370
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:	1358317/2020			**Nº Compromiso SIIF**		**22420**	
Valor Total del Contrato	$ 37.319.628	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 34.741.627	**2**	**Del**	**01/03/2020**	**Al**	**31/03/2020**	**$ 3.682.858,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 31.058.769		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

	Marzo	Febrero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**4328232421**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.473.143	$ 1.031.200
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 184.200	$ 128.900
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 235.800	$ 165.000
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL III	$ 35.900	$ 25.200
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

Cumplí con carga académica de 5 horas por ficha Durante cada semana del período de Marzo de 2020 Diseño e integración de Multimedia
Hice revisión y actualización y desarrollo de guías de aprendizaje periodo 2020
Continué con la formación en las I.E. asignadas, inducción 10º
Continué con la formación en las I.E. asignadas, re-inducción 11º
Participé de reuniones con los profesores pares de cada Institución para asignar fechas de Seguimiento Estudiantil
Solicité el curso de Habilidades al Instructor Helman Alberto Gutierrez Cadena Automotriz

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.

EDWIN ANDRÉS MEDINA MOGOLLÓN
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,

JOHN ALONSO MONSALVE JARAMILLO
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

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	74183945
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			EDWIN ANDRES MEDINA MOGOLLON
CIUDAD/MUNICIPIO:	SABANETA	DEPARTAMENTO:	ANTIOQUIA
DIRECCIÓN:	CALLE 53C SUR #40B-160	TELÉFONO:	5593240
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**4328232421**		TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS:	MES:	febrero	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES:	febrero
	AÑO:	2020		AÑO:	2020
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2020/03/09	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9999329275

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800227940	231001	231001-COLFONDOS	1	$ 115.600
SUBTOTAL:			1	**$ 115.600**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
804002105	ESSC33	ESSC33-COMPARTA	1	$ 90.300
SUBTOTAL:			1	**$ 90.300**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 3.800
SUBTOTAL:			1	**$ 3.800**

TOTAL PAGADO:	**$ 209.700**

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Medellín, 31 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:

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO	**1029663767**	**ANA GABRIELA MEDINA VALENZUELA**	**HIJO**
REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO	**1052844336**	**ANDRÉS FELIPE MEDINA VALENZUELA**	**HIJO**
REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO	**1052845486**	**ANDRÉS SANTIAGO MEDINA VALENZUELA**	**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

EDWIN ANDRÉS MEDINA MOGOLLÓN

C.C. 74183945 DE SOGAMOSO

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

Adhesivo Copia Registro Civil
0881033-6

NUIP 1029663767

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 41530910

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** A F B

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

REGISTRADURIA DE Clinica Casanare COLOMBIA CASANARE YOPAL

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MEDINA	VALENZUELA

Nombre(s)

ANA GABRIELA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2008 Mes AGO Día 03	FEMENINO	O	+

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

COLOMBIA CASANARE YOPAL

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	50252942-7

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

VALENZUELA OJEDA ANA ELVIRA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1052385068	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

MEDINA MOGOLLON EIWIN ANDRES

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 0074183945	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

MEDINA MOGOLLON EIWIN ANDRES

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CEDULA DE CIUDADANIA 0074183945	MEDINA

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 2008 Mes AGO Día 21	[illegible] PAIPILLA GRANADOS
	Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

41530910

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1052844336

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 52605643

52605643

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [1] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** 1471

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

COLOMBIA BOYACA DUITAMA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MEDINA	VALENZUELA

Nombre(s): ANDRES FELIPE

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2013 Mes 02 Día 23	MASCULINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA BOYACA DUITAMA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO.	118766420

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: VALENZUELA OJEDA ANA ELVIRA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C. DE C. 1.052.385.068 DE DUITAMA	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: MEDINA MOGOLLON EDWIN ANDRES

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C. DE C. 74.183.945 DE SOGAMOSO	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: VALENZUELA OJEDA ANA ELVIRA

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C. DE C. 1.052.385.068 DE DUITAMA	

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 2013 Mes MAR Día 05	HERNAN RODRIGUEZ LEE Nombre y firma

REPUBLICA DE COLOMBIA NOTARIA PRIMERA HERNAN RODRIGUEZ LEE NOTARIO DUITAMA BOYACA

IMPRESO POR PANAMERICANA FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800.175.457-5 TEL. 430 2110

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1052845486

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 55521807

55521807

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** 1471

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

COLOMBIA BOYACA DUITAMA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MEDINA	VALENZUELA

Nombre(s)

ANDRES SANTIAGO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2015 Mes 11 Día 28	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA BOYACA DUITAMA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO.	53051109-4

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

VALENZUELA OJEDA ANA ELVIRA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C. DE C. 1.052.385.968 DE DUITAMA	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

MEDINA MOGOLLON EDWIN ANDRES

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C. DE C. 74.183.945 DE SOGAMOSO	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

MEDINA MOGOLLON EDWIN ANDRES

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C. DE C. 74.183.945 DE SOGAMOSO	ANDRÉS MEDINA M.

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 2015 Mes DIC Día 04	ROSA STELLA CONTRERAS MERCHAN (E) Nombre y firma

Rosa Stella Contreras Merchán
NOTARIO PRIMERO DUITAMA BOY
ENCARGADO

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

IMPRESO POR PANAMERICANA FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800.175.457-5 TEL. 430 2110