SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL VALLE
CENTRO DE TECNOLOGIAS AGROINDUSTRIALES-VALLE - SERVICIOS PRESTA

Código Regional	**76**
Código Centro	**954310**
Fecha Elaboración	**21 de abril de 2020**
Versión	**MARZO 2020 - 3,20**
ID de Proceso	**93379-559109**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	JUAN CARLOS LONDOÑO MATTA	**C.C.**	16.227.158	**IP/Nº de contacto**	3218065239
Correo electrónico contratista:	joy072@misena.edu.co				

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 **Nº Cuenta** 7356996016

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: 1344743/2020 **Nº Compromiso SIIF** **11520**

Valor Total del Contrato	$ 22.261.702	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 16.590.346	**3**	**Del**	**01/04/2020**	**Al**	**30/04/2020**	**$ 3.259.400,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 13.330.946		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.259.400	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	**$ 3.259.400**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.921.320**	**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	----------	**1029198014**	Valor Base retención en la fuente	1.921.320,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.303.760	$ 1.303.760	Valor Base retención en la fuente ICA	2.887.700,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 163.000	$ 163.000	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 208.700	$ 208.700	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL I	$ 6.900	$ 6.900	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 8523	5.775,00	0,200%
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -		-	0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.128.000	$ -		-	0,00	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.560.700	$ -		-	0,00	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Pro-UCEVA	16.297,00	0,500%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Universidad del Pacífico	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	$ 325.940		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 569.712	$ -				
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 640.440		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	**$ 3.237.328,00**	

SON: TRES MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS VEINTIOCHO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Durante el mes en curso, realice las siguientes funciones:
a. Impartir formación en el área de inglés a las fichas: 2022825,1963095,2023202,2046846,2022782,2069616 y 2069616-1 a través de medios virtuales.
b. Participación en las jornadas de desarrollo curricular programadas por el CTA, a través de medios virtuales, así como las de capacitación impartidas en sofiaplus@senavirtual.edu.co, Ficha: 2096262
c. Adjunto ajuste pago seguridad social número 1029232583, relaciono el numero de la planilla sobre la cuál se realizo el ajuste: 1029198014

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.

JUAN CARLOS LONDOÑO MATTA
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,

JUAN CARLOS DIAZ POSADA
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

GERARDO AUGUSTO CASTRO MUÑOZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Cartago, 21 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 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.	**1.113.859.605**	**SOFIA LONDOÑO GONZALEZ**	**HIJO**
T.I.	**1.113.862.906**	**SANTIAGO LONDOÑO GONZALEZ**	**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: JUAN CARLOS LONDOÑO MATTA

C.C. 16.227.158 de Cartago, Valle.

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1.113.859.605 fvc

Indicativo Serial 37215617

37215617

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
	X	0 1				V 7 J

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía: COLOMBIA VALLE CARTAGO

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
LONDOÑO	GONZALEZ

Nombre(s): SOFIA

Fecha de nacimiento			Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2005	Mes MAYO	Día 26	FEMENINO	B	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): CLINICA COMFAMILIAR COLOMBIA VALLE CARTAGO

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	A6297827

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: GONZALEZ DIAZ ALBA STELLA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC# 31.421.643 CARTAGO VALLE	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: LONDOÑO MATTA JUAN CARLOS

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC# 16.227.158 CARTAGO	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: LONDOÑO MATTA JUAN CARLOS

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC# 16.227.158 CARTAGO VALLE	Juan Carlos Londoño Matta

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos: X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.XX.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X . .X .X .X .X.X.X.X.X.X.X.X

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X	X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos: X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X..X .X.X.X.X.X.X.X.X.X.XX.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X	X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X

Fecha de inscripción	*Nombre y firma del funcionario que autoriza*
Año 2005 Mes JUNIO Día 07	DR. ORLANDO RESTREPO JARAMILLO 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 -

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1.113.862.906 Evc

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 41432610

0179234744

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria	Notaria	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
	X	01				V 7 J

Pais - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policia: COLOMBIA VALLE CARTAGO

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
LONDOÑO	GONZALEZ

Nombre(s): SANTIAGO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguineo	Factor RH
Año 2008 Mes SEPT Dia 10	MASCULINO	B	+

Lugar de nacimiento (Pais - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): CLINICA COMFANDI COLOMBIA VALLE CARTAGO

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Numero certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO	50342359-0

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: GONZALEZ DIAZ ALBA STELLA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.# 31.421.643 DE CARTAGO VALLE	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: LONDOÑO MATTA JUAN CARLOS

Documento de identificación (Clase y numero)	Nacionalidad
C.C.# 16.227.158 DE CARTAGO VALLE	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: LONDOÑO MATTA JUAN CARLOS

Documento de identificación (Clase y numero)	Firma
C.C.# 16.227.158 DE CARTAGO (V)	Juan Carlos Londoño Matta

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos: *X**XXX*X*X*X*X*X*XX*X*X*X**X*XX**X*X**X*X*X*X*X*XX*X*X*X*X

Documento de identificación (Clase y numero)	Firma
*X*X*X*X**X*XX**X*X*X*X*X*X*X*X*X**X**X*X*X*X*X*X**X*X*X*X*X*X*X***	

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos: *X**X**X*X*X*X*X**X*X*X*X*X**X**X*X*X*XX*X*X**X*X*X*X*X*X*X*

Documento de identificación (Clase y numero)	Firma
*X*XX**X*X*X*X*X*X*X*X*X**X*X*X*X*X*X*X*X*XX**X*X*X*X*X*X*X*X*X*	

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2008 Mes sept Dia 18	DR. ORLANDO RESTREPO JARAMILLO Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -