SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL META
CENTRO AGROINDUSTRIAL DEL META - GRUPO ÉTNICO

Código Regional	**50**
Código Centro	**911710**
Fecha Elaboración	**20 de abril de 2020**
Versión	**MARZO 2020 - 3,20**
ID de Proceso	**84308-393997**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	PEDRO NEL TORRES MEDINA	**C.C.**	7.307.559	**IP/Nº de contacto**	84176
Correo electrónico contratista:	ptorresm@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: BANCOLOMBIA **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 39526288606

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: 1362436/2020 **Nº Compromiso SIIF** **16620**

Valor Total del Contrato	$ 36.498.010	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 30.536.668	**3**	**Del**	**01/04/2020**	**Al**	**30/04/2020**	**$ 3.649.801,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 26.886.867		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.649.801	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	**$ 3.649.801**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.151.541**	**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	----------	**9404006524**	Valor Base retención en la fuente	2.151.541,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.459.920	$ 1.459.920	Valor Base retención en la fuente ICA	3.233.701,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 182.500	$ 182.500	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 233.600	$ 233.600	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	$ 7.700	$ 7.700	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 8299	12.935,00	0,400%
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	$ -		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	$ 364.980		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 569.712	$ -				
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 717.180		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	**$ 3.636.866,00**	

SON: TRES MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Participación en ocho (8) Talleres Web: SIGA.Positiva. Horas 18. Del 2/4/2020 al 17/4/2020 Videoconferencias manejo de plataforma Territorium. horas 18. Del 2/4/2020 al 10/4/2020
Reunión “Orientaciones Complementaria” horas 2 14/4/2020
Curso Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción. Horas 20. Del 14/4/2020 al 18/4/2020 Entrenamiento herramienta Microsoft Teams. Horas 4 del 15/4/2020
Seminario Siigo. Horas 18 13/4/2020.
Desarrollo Curricular: Del 16/4/2020 al 30/4/2020. Horas 80
Estructura de la guía de aprendizaje e instrumentos de evaluación, mediante el uso de herramientas digitales Power Poin y Flippity,
para el desarrollo curricular INSEMINACION ARTIFICIAL DE LA HEMBRA BOVINA. diseñando Guía de aprendizaje, Una actividad interactiva,
Un crucigrama y una sopa de letras y lista de chequeo como instrumentos de evaluación para el proceso enseñanza- aprendizaje.
TOTAL DE HORAS 160

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.



PEDRO NEL TORRES MEDINA
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,

RAFAEL ANGEL AGUILERA MARTINEZ
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

RAFAEL ANGEL AGUILERA MARTINEZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO (E) G20

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 7307559		TORRES MEDINA PEDRO NEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	PORTAL DE MOLINOS CASA 72 MZ C	VILLAVICENCIO-META	6625604	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-03	2020-03	12943435	9404006524	I	2020/04/30	2020/04/17	BANCO DE OCCIDENTE	0	$451,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$233,700	$0	$0	$233,700
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$233,700	$0	$0	$233,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$35,600	$0	$0	$35,600
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$35,600	$0	$0	$35,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$182,600	$0	$0	$182,600
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$182,600	$0	$0	$182,600
TOTAL				**1**	**$451,900**	**$0**	**$0**	**$451,900**

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Villavicencio, 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 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.	**1.006.797.262**	**JULIAN ARMADO TORRES CRUZ**	**HIJO**
T.I.	**1.122.510.840**	**TOMAS MATEO TORRES CRUZ**	**HIJO**

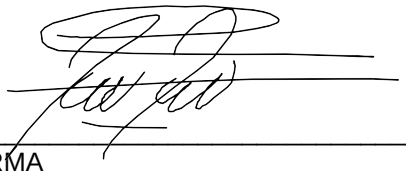
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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: PEDRO NEL TORRES MEDINA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DE ESTADO CIVIL
DIRECCION NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP X7H0256001

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 35313396

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
	X	01				X 7 H

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA META VILLAVICENCIO

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
TORRES	CRUZ

Nombre(s): JULIAN ARMANDO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2003 Mes 003 Día 14	MASCULINO	O	+

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
CLINICA META COLOMBIA META VILLAVICENCIO

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO.	A4104472

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: CRUZ VILLARREAL MARINELA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.#. 40.437.783 de Vcio	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: TORRES MEDINA PEDRO NEL

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.#. 7.307.559 de Chiquinquirá	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: TORRES MEDINA PEDRO NEL

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C.#. 7.307.559 de Chiquinquirá TEF 6625604	[firma]

Datos primer 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.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.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

Fecha de inscripción	*Nombre y firma del funcionario que autoriza*
Año 2003 Mes 004 Día 11	MARIA ELENA GONZALEZ RIVERA (E)
	Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

Es fiel copia tomada directamente de su original que reposa en el Archivo

NOTARIA PRIMERA DEL CIRCULO

Yolima Zoraya

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

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

2960 - 428

NUIP 1122510840

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 39256008

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
☐	X	01	☐	☐	☐	X 7 H

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

COLOMBIA META VILLAVICENCIO.

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
TORRES.-.	CRUZ.-.

Nombre(s)

.-. TOMAS MATEO .-.

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2005 Mes 01 Día 13	MASCULINO	O	+

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

CLINICA META COLOMBIA META VILLAVICENCIO.

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO.-	6650480

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

MARINELA CRUZ VILLARREAL

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.#.40.437.783 de Vcio.-	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

PEDRO NEL TORRES MEDINA.-

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.#. 7.307.559 de Chiquinquirá.-	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

PEDRO NEL TORRES MEDINA.-

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C.#. 7.307.559 de Chiquinrá.- TEF.6625604	

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 01 Día 04	YOLIMA ZORAYA ROMERO MEDRANO Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

Es fiel copia tomada directamente de su original

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

* 0 8 0 5 2 5 6 9 3 *