

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL BOYACÁ		Código Regional	15
			Código Centro	911110
			Fecha Elaboración	Mayo de 2020
			Versión	MAYO 2020 - 4,20
CENTRO MINERO- BOYACA - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION			ID de Proceso	60646-364884

DATOS DEL CONTRATISTA					
Nombres y apellidos contratista:	LUIS EDUARDO MARTINEZ ROSAS lumartinezr@sena.edu.co	C.C.	74.302.278	IP/N° de contacto	3112875259
Correo electrónico contratista:					
Régimen del IVA:	☐ NO RESPONSABLE	Pertenece al régimen simple de tributación?	☐ NO	Es declarante de renta?	☐ NO
Sus ingresos en el 2019 Superaron \$47.978.000	☐ NO	Inducción SST	☐ SI	Presta Servicios Excluidos de IVA ?	☐ SI
Banco al cual consignar:	BANCO CAJA SOCIAL	Tipo de cta	AHORROS	N° Cuenta	24514812443
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		
Tiene contratos de prestación de servicios con otras Entidades Públicas:	☐ NO				
Se acogió para el mes anterior, al pago parcial del aporte al Sistema General de Pensiones según el Art. 3 del Decreto N° 558:	☐ NO				
Se acogió para el mes objeto de cobro, al pago parcial del aporte al Sistema General de Pensiones según el Art. 3 del Decreto N° 558:	☐ NO				

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
N° del contrato:	1394264/2020	N° Compromiso SIIF	15820		
Valor Total del Contrato	\$ 35.046.100	N ° Pago	4		
Saldo Anterior del Contrato	\$ 26.615.767	Periodo objeto de pago	Del	Al	Valor Bruto Pago
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 23.002.767	01/05/2020	31/05/2020	\$ 3.613.000,00	
		Comisiones	\$ 0,00		

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Ingresos por honorarios	\$ 3.613.000	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, Rete Fuente Otros Ingresos	\$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 3.613.000	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0		
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 2.129.775				

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR					
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	Mayo	Abril	Valor Base retención en la fuente	2.129.775,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.445.200	\$ 1.445.200	Valor Base retención en la fuente ICA	3.201.000,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 180.700	\$ 180.700	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 231.300	\$ 231.300	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 II	\$ 15.100	\$ 15.100	Menos Retención IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -		Reteica - 8299	0,00	0,000%
Aportes voluntarios a cuentas AFC	\$ -		Aporte Voluntario Dec. 568/2020	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	\$ -		Descuentos de Libranza	0,00	
Dependientes hasta \$ 1.139.424	\$ 361.300		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Salud hasta \$ 569.712	\$ -		VALOR A PAGAR	\$ 3.613.000,00	
Renta Exenta 25% \$ 8.545.680	\$ 709.925				
Retención en la Fuente Contingente \$ -	\$ -				

SON: TRES MILLONES SEISCIENTOS TRECE MIL PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

INFORME DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS DEL 01 AL 31 DE MAYO DE 2020 SEGÚN OBJETO DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

APOYO ACADÉMICO A LAS FICHAS: 1964684, 1907267, 1907225, 1907257, 1963007, 1964676, 2026634, 2026645, 2050230, 2058476, 2027271, 2025345 Y 2022479.

DE LOS PROGRAMAS: SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, CONTROL AMBIENTAL, QUÍMICA, PROCESOS DE LA INDUSTRIA QUÍMICA, ADSI, MANEJO AMBIENTAL, CONSTRUCCIÓN Y CIELO ABIERTO.

TOTAL, HORAS ACADÉMICAS: 152 HORAS

PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:	LUIS EDUARDO MARTINEZ ROSAS EL CONTRATISTA
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.	CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:	Autorizo el presente pago. El Supervisor,
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.	JAVIER GÓMEZ PULIDO INSTRUCTOR
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	
JUAN CARLOS PINILLA HOLGUIN SUBDIRECTOR DE CENTRO G02	

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE					DATOS GENERALES DE LA PLANILLA				
TIPO IDENTIFICACIÓN: CEDULA DE CIUDADANIA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 74302278					NÚMERO PLANILLA: 4332918824 TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES				
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: LUIS EDUARDO MARTINEZ ROSAS					PERIODO COTIZACIÓN OTROS MES abril AÑO 2020 PERIODO COTIZACIÓN SALUD: MES abril AÑO 2020				
CIUDAD/MUNICIPIO: SOGAMOSO DEPARTAMENTO: BOYACA					DÍAS DE MORA: 0				
DIRECCIÓN: DIAGNAL 14 A # 17 28 TELÉFONO: 8888888					FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): 2020/04/15 NÚMERO AUTORIZACIÓN: 9999814607				
TIPO APORTANTE: 02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE									
TIPO EMPRESA: PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades reguladoras y facilitadoras de la act									
FORMA DE PRESENTACIÓN: ÚNICO									
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): NO									

TOTAL APORTES A PENSIÓN												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 231.300	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 231.300	\$ 0	\$ 231.300
SUBTOTALES:										\$ 231.300	\$ 0	\$ 231.300

TOTAL APORTES A SALUD																
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS017	EPS017-FAMISANAR	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 180.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 180.700	\$ 0	\$ 0	\$ 180.700
SUBTOTALES:													\$ 180.700	\$ 0	\$ 0	\$ 180.700

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 15.100	\$ 15.100	\$ 0	\$ 0	\$ 15.100
SUBTOTALES:										\$ 15.100	\$ 0	\$ 15.100

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																								
DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES										SEGURIDAD SOCIAL														PARAFISCALES																						
Nº	IDENTIFICA CIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	SAL INTEGRAL COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN					SALUD					ARP				IBC	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU										
																										ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP	APORTES VOLUNTARIOS	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE		ADMIN	DÍAS COT					IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 74302278	MARTINEZ ROSAS LUIS EDUARDO	INDEPENDIE NTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		\$ 1.445.200			NO																		25-14 COLPENSI ONES	30	1.445.200	\$ 231.300	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 231.300	EPS017- FAMISANA R	30	1.445.200	\$ 180.700	\$ 0	\$ 180.700	14-23- POSITIVA COMPAÑI A DE SEGUROS S.A.	30	1.445.200	\$ 74302278	\$ 15.100		\$ 0		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL \$ 427.100

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Sogamoso, MAYO de 2020

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIAJE (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.	1145427077	LUIS SANTIAGO MARTÍNEZ QUINTERO	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: **LUIS EDUARDO MARTÍNEZ ROSAS**

C.C. **74.302.278**

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

NUIP 1.145.427.077

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 54069842

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒	Notaría ☐	Número <input type="text"/>	Consulado ☐	Corregimiento ☐	Inspección de Policía ☐	Código D U Q
---	----------------------------------	-----------------------------	------------------------------------	--	--	--------------

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

REGISTRADURIA DE SOGAMOSO H R SOGAMOSO - COLOMBIA - BOYACA - SOGAM

Datos del inscrito

Primer Apellido		Segundo Apellido	
MARTINEZ		QUINTERO	
Nombre(s)			
LUIS SANTIAGO			
Fecha de nacimiento		Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo
Año 2 0 1 4	Mes N O V	Día 0 5	MASCULINO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)		Factor RH	POSITIVO
COLOMBIA BOYACA SOGAMOSO			

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	Número certificado de nacido vivo
	13047285-1

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos	
QUINTERO TORRES MILENA ANDREA	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 46.455.020	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos	
MARTINEZ ROSAS LUIS EDUARDO	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 74.302.278	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos	
MARTINEZ ROSAS LUIS EDUARDO	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 74.302.278	

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 4 Mes N O V Día 0 7

Nombre y firma del funcionario que autoriza

CARLOS ARIEL PEREZ DIAZ - REGISTR

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Firma

Nombre y firma

REGISTRADURIA DEL ESTADO CIVIL
SOGAMOSO - BOYACA

ESPACIO PARA NOTAS

AUTENTICACION

El suscrito Registrador Municipal del Estado Civil
CERTIFICA
que el presente documento es fotocopia autenticada
tomada del original que reposa en el despacho

Fecha: 1 1 NOV 2014

REGISTRADOR DEL ESTADO CIVIL



ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO