SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL SANTANDER
CENTRO AGROTURISTICO - SANTANDER - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORM

Código Regional	**68**
Código Centro	**954110**
Fecha Elaboración	**Mayo de 2020**
Versión	**MAYO 2020 - 4,20**
ID de Proceso	**48059-445043**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	ISRAEL ARBONA GUERRERO	**C.C.**	1.100.952.166	**IP/Nº de contacto**	73880
Correo electrónico contratista:	iguerrero@sena.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: DAVIVIENDA **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 47900065310

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: SI

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: SI

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato: 1348045/2020 **Nº Compromiso SIIF** **12120**

Valor Total del Contrato	$ 39.670.237	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 28.931.479	**4**	**Del**	**01/05/2020**	**Al**	**31/05/2020**	**$ 3.790.150,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 25.141.329		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.790.150		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	**$ 3.790.150**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.382.026**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR

	Mayo	**Abril**			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**9405742203**	Valor Base retención en la fuente	2.382.026,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.516.060	$ 1.516.060	Valor Base retención en la fuente ICA	3.555.050,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 189.600	$ 189.600	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 45.500	$ 45.500	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	$ 15.900	$ 15.900	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 8299	0,00	0,600%
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	$ -		Aporte Voluntario Dec. 568/2020	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	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta $ 1.139.424	$ 379.015				
Salud hasta $ 569.712	$ -		Descuentos de Libranza	0,00	
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 794.009		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		**VALOR A PAGAR**	**$ 3.790.150,00**	

SON: TRES MILLONES SETECIENTOS NOVENTA MIL CIENTO CINCUENTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Impartir formación profesional integral en los programas tecnología virtual en:

Ficha 1881622 ADSI:
Crear la Base de Datos usando el lenguaje SQL y la interfaz Web del sistema de información
en desarrollo, teniendo en cuenta las normas y protocolos de la organización. 04 al 31 de Mayo 76 horas
Ficha 2104620 ADSI:
Realizar procesos de inducción a la formación profesional integral. 04 al 15 de Mayo 40 horas
Diagnosticar mediante la recolección y análisis de información el estado actual de una organización, teniendo en cuenta
su mapa de procesos para identificar las necesidades del cliente. 18 al 31 de Mayo 36 horas

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.

ISRAEL ARBONA GUERRERO
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,

JOHON FREDY SANABRIA MUNOZ
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

NELLY QUIROGA SARMIENTO
SUBDIRECTOR DE CENTRO (E) G02

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 1100952166		ARBONA GUERRERO ISRAEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 26 4 SUR 03	SAN GIL-SANTANDER	7243737	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-04	2020-04	621164353	9405742203	I	2020/05/18	2020/05/11	BANCO DAVIVIENDA	0	$251,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC	1100952166	ARBONA ISRAEL	230301	30	$1,518,000	$45,600	EPS005	30	$1,518,000	$189,800		0	$0	$0	14-23	30	$1,518,000	$15,900	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					**$1,518,000**	**$45,600**			**$1,518,000**	**$189,800**			**$0**	**$0**			**$1,518,000**	**$15,900**		**$0**	**$0**

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$45,600	$0	$0	$45,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$45,600	$0	$0	$45,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$15,900	$0	$0	$15,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$15,900	$0	$0	$15,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$189,800	$0	$0	$189,800
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$189,800	$0	$0	$189,800
TOTAL				**1**	**$251,300**	**$0**	**$0**	**$251,300**

2020/05/20 11:33 AM

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

San Gil, 31 de mayo 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.	**1100956452**	**EIMY DAYANA ARBONA GUERRERO**	**HIJO**

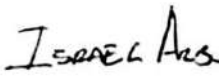
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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: ISRAEL ARBONA GUERRERO

C.C. 1100952166

REPÚBLICA DE CO LOMBIA

ORGANIZACION ELEC TORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DE L ESTADO CIVIL
DIRECCION NACIONAL DE R EGISTRO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1100956452

Indicativo Serial 42474521

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría X | Notaría | Número | Consulado | Corregimiento | Inspección de Policía | Código R 4 H

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

REGISTRADURIA DE SAN GIL COLOMBIA SANTANDER SAN GIL**********

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ARBONA**********	RODRIGUEZ**********

Nombre(s)	
EIMY DAYANA**********	**********

Fecha de nacimiento			Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2008	Mes MAR	Día 19	FEMENINO********	O******	+ ****

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

COLOMBIA SANTANDER SAN GIL**********

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO**********	50012182-9********

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos	
RODRIGUEZ TARAZONA DIANA PATRICIA**********	
Documento de identificación (Clase y número)	**Nacionalidad**
TARJETA DE IDENTIDAD 92051451173**********	COLOMBIA**********

Datos del padre

Apellidos y nombres completos	
ARBONA GUERRERO ISRAEL**********	
Documento de identificación (Clase y número)	**Nacionalidad**
CEDULA DE CIUDADANIA 1100952166**********	COLOMBIA**********

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos	
ARBONA GUERRERO ISRAEL**********	
Documento de identificación (Clase y número)	**Firma**
CEDULA DE CIUDADANIA 1100952166**********	ISRAEL ARBONA GUERRERO

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 ABR Día 03	JOSE URIEL DEANTONIO AREVALO*****
	Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

LV15F0033

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -