

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL MAGDALENA CENTRO ACUICOLA Y AGROINDUSTRIAL GAIRA MAGDALENA F.P.		Código Regional	47
			Código Centro	911810
			Fecha Elaboración	Mayo de 2020
			Versión	MAYO 2020 - 4,20
			ID de Proceso	85688-827608
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista:		RICARDO ALBERTO MENDOZA SOLANO ramendozas@sena.edu.co		C.C.
Correo electrónico contratista:				IP/N° de contacto
Régimen del IVA:		NO RESPONSABLE		Pertenece al régimen simple de tributación?
				NO
Sus ingresos en el 2019 Superaron \$47.978.000		NO		Es declarante de renta?
				NO
Banco al cual consignar:		BANCOLOMBIA		Es Pensionado?
				NO
Inducción SST		SI		Presta Servicios Excluidos de IVA ?
				NO
Tipo de cta		AHORROS		N° Cuenta
				52604908302
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				
N° del contrato:	1399810/2020	N° Compromiso SIIF	15120	
Valor Total del Contrato	\$ 32.216.275	N° Pago	4	
Saldo Anterior del Contrato	\$ 24.256.960	Periodo objeto de pago	Del 01/05/2020 Al 31/05/2020	
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 20.466.810	Comisiones	\$ 0,00	
Valor Bruto Pago	\$ 3.790.150,00			
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios	\$ 3.790.150	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	\$ 3.790.150	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 2.250.971			
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	2.250.971,00
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
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00
ARL IV	\$ -	\$ 0	Menos Retención IVA	0,00
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -	\$ -	Reteica - 8299	24.885,00
Aportes voluntarios a cuentas AFC	\$ -	\$ -	Aporte Voluntario Dec. 568/2020	174.740,00
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.128.000	\$ -	\$ -	Pro-Hospital	75.803,00
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.560.700	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Aportes A.R.L. de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Descuentos de Libranza	0,00
Dependientes hasta \$ 1.139.424	\$ 379.015	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00
Salud hasta \$ 569.712	\$ -	\$ -	VALOR A PAGAR	\$ 3.514.722,00
Renta Exenta 25% \$ 8.545.680	\$ 794.009	\$ -		
Retención en la Fuente Contingente \$ -	\$ -	\$ -		
SON: TRES MILLONES QUINIENTOS CATORCE MIL SETECIENTOS VEINTIDOS PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Impartir formación profesional integral a la ficha 1845450, a través de recursos y plataformas tecnológicas Impartir formación profesional integral a la ficha 1847419, a través de recursos y plataformas tecnológicas Impartir formación profesional integral a la ficha 2061474, a través de recursos y plataformas tecnológicas Montaje en la plataforma Territorium Sena de Guías de prendizaje, anuncios, foros y demás, a las fichas asignadas Informe Mensual Contractual				
Yo RICARDO ALBERTO MENDOZA SOLANO actuando de manera libre y voluntaria autorizo a la Entidad Servicio Nacional de Aprendizaje SENA a realizar la respectiva deducción Aporte solidario voluntario por el COVID 19 de mis honorarios conforme a lo reglamentando en el Artículo No. 9 del Decreto Legislativo 568 de 15 de Abril de 2020.				
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.			RICARDO ALBERTO MENDOZA SOLANO EL CONTRATISTA	
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 periodo 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.			BADIR MANUEL FLOREZ GUERRERO 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				
BICHARA JOSE ZABLEH HASBUN SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)				

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 12563366		MENDOZA SOLANO RICARDO ALBERTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 12 14-22	SANTA MARTA-MAGDALENA	4229043	Si	
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	36448282	9405747329	I	2020/05/18	2020/05/14	BANCO DE OCCIDENTE	0	\$235,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,517,000	\$45,600			\$1,517,000	\$189,700			\$0	\$0			\$0	\$0		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,517,000	\$45,600			\$1,517,000	\$189,700			\$0	\$0			\$0	\$0		\$0	\$0	
Ciudad: SANTA MARTA Depto: MAGDALENA (1 Afiliados)					\$1,517,000	\$45,600			\$1,517,000	\$189,700			\$0	\$0			\$0	\$0		\$0	\$0	
1	CC	12563366	MENDOZA RICARDO	230201	30	\$1,517,000	\$45,600	EPS044	30	\$1,517,000	\$189,700		0	\$0	\$0		0	\$0	\$0	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$1,517,000	\$45,600			\$1,517,000	\$189,700			\$0	\$0			\$0	\$0		\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 12563366		MENDOZA SOLANO RICARDO ALBERTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 12 14-22	SANTA MARTA-MAGDALENA	4229043	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2020-04	2020-04	36448282	9405747329	I	2020/05/18	2020/05/14	BANCO DE OCCIDENTE	0	\$235,300

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	
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$45,600	\$0	\$0	\$45,600	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$189,700	\$0	\$0	\$189,700	
MEDIMAS EPS	EPS044	901,097,473	5	1	\$189,700	\$0	\$0	\$189,700	
TOTAL				1	\$235,300	\$0	\$0	\$235,300	

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Santa Marta, abril 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 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:

T.I.	1084055301	MARIA SOFIA MENDOZA EBRAT	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: **RICARDO ALBERTO MENDOZA SOLANO**

C.C. **12563366**

DE NACIMIENTO

Registro de la oficina de registro. Clase de registro: ☐ Regular ☒ Especial

País: COLOMBIA Departamento: MAGDALENA Municipio: SANTA MARTA

Datos del nacimiento

Nombre: MENDEZA Apellido: SORIA Sexo: Femenino

Fecha de nacimiento: Año 2005, Mes 08, Día 17

País de nacimiento: COLOMBIA Departamento: MAGDALENA Municipio: SANTA MARTA

Datos de la madre

Nombre: ESRAT Apellido: SORIA Sexo: Femenino

C.C. 57.433.871 Santa Marta COLOMBIANA

Datos del padre

Nombre: MENDEZA Apellido: SOLANO Sexo: Masculino

C.C. 12.563.366 Santa Marta COLOMBIANA

Datos del declarante

Nombre: MENDEZA Apellido: SOLANO Sexo: Masculino

C.C. 12.563.366 Santa Marta COLOMBIANA

Datos primer testigo

Nombre: [Firma] Apellido: [Firma] Sexo: [Firma]

C.C. [Firma] [Firma] [Firma]

Datos segundo testigo

Nombre: [Firma] Apellido: [Firma] Sexo: [Firma]

C.C. [Firma] [Firma] [Firma]

Fecha de inscripción: Año 2005, Mes 08, Día 22

Reconocimiento notarial: [Firma]

Notario: RAFAEL ENRIQUE MONJARRES MENDOZA

ESPACIO PARA NOTAS

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

Calle 26 Kr 9A1 # 126-04

Re # 1034055301

NOTARIA PRIMERA DE SANTA

Este registro es fiel copia del original que se archiva y se expide para acreditar su veracidad.

RAFAEL ENRIQUE MONJARRES MENDOZA

NO IMPRIMA ESTA HOJA ES SOLAMENTE DE CARÁCTER INFORMATIVO

REQUISITOS PARA DEDUCCIONES POR DEPENDIENTES

En el siguiente cuadro se relacionan los requisitos y documentos que se deben adjuntar para poder acceder al beneficio de disminución de retención en la fuente, por dependientes:

DEDUCCION	CONCEPTO	REQUISITOS
DEPENDIENTES	Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad.	Registro civil de nacimiento
	Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES ' o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.	Recibo de pago de matrícula de instituciones debidamente acreditadas
	Los hijos del contribuyente mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Medicina Legal
	El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal

	Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	<p>Certificado de Contador Público</p> <p>Certificado de Medicina Legal</p>
--	---	---