SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL SANTANDER
CENTRO AGROTURISTICO - SANTANDER-EMPRENDE RURAL

Código Regional	**68**
Código Centro	**954110**
Fecha Elaboración	**29 de mayo de 2020**
Versión	**MAYO 2020 - 4,20**
ID de Proceso	**91417-957618**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: CARLOS FELIPE LEMUS RIVEROS
Correo electrónico contratista: clemus@sena.edu.co
C.C. 74.183.499 **IP/Nº de contacto** 3123560999

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: BANCO AGRARIO DE COLOMB **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 460420048026

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

Nº del contrato: 1387212/2020 **Nº Compromiso SIIF** 26720

Valor Total del Contrato	$ 30.321.200	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 22.867.238	**3**	**Del**	**01/05/2020**	**Al**	**31/05/2020**	**$ 3.790.150,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 19.077.088		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	**$ 2.234.201**		**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	----------	**9406011091/940**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.516.060	$ 1.516.060
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 189.600	$ 189.600
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 242.600	$ 242.600
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 15.900	$ 15.900
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.128.000	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.560.700	$ -	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Dependientes hasta $ 1.139.424	$ 379.015	
Salud hasta $ 569.712	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 744.734	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.234.201,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.357.950,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299	0,00	0,600%
-	0,00	
-	0,00	
Aporte Voluntario Dec. 568/2020	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
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

Ficha:2084597/2087796:Programa perennes.A.A:Definir las actividades.AA:Utilizar herramientas de planeación COMP:Programar proyectos. Fecha: 04, 11 y 18/06,13, 20 y 27 de Mayo.De 8 a 12 y 13 a 15.Horas:18/24-Ficha:2083383:Viveros.AA:Utilizar herramientas de planeació COMP:Programar proyectos.Fecha: 05, 12,19 y 26 de Mayo.De 8 a 12 y 13 a 15.Horas:24-Ficha:2084608:Cacao.AA:Definir las actividades de COMP:Programar proyectos.Fecha: 07, 14,21 y 28 de Mayo.De 8 a 12 y 13 a 15.Horas:24-Ficha:2087797:Pollo.AA:Definir las actividades de un proyecto./ Identificar las técnicas.COMP:Programar proyectos.Fecha: 08, 15, 22 y 29 de Mayo.De 8 a 12 y 13 a 15.Horas:24
Ficha:2087798:Café.AA:Utilizar herramientas de planeación.COMP:Programar proyectos.Fecha:02,16y30 de Mayo.De 8a12 y 13a15.Horas:18
Otras actividades: Comercialización Agropecuaria del Ministerio de Agricultura y desarrollo rural. Horas:15
Total Horas de Formación mes: 132 Total Horas Otras actividades: 15.
Ajuste planilla en IBC: 9406011091 / 9406156544

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.

CARLOS FELIPE LEMUS RIVEROS
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,

KAREN ANDREA GARCIA CARREÑO
INSTRUCTOR G11

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

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 74183499		LEMUS RIVEROS CARLOS FELIPE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 1b # 4-37	SAN GIL-SANTANDER	7777777	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	33163854	9406011091	I	2020/05/26	2020/05/12	BANCO DE OCCIDENTE	0	$434,400

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
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,470,000	$235,200			$1,470,000	$183,800			$0	$0			$1,470,000	$15,400		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,470,000	$235,200			$1,470,000	$183,800			$0	$0			$1,470,000	$15,400		$0	$0
Ciudad: SAN GIL Depto: SANTANDER (1 Afiliados)					$1,470,000	$235,200			$1,470,000	$183,800			$0	$0			$1,470,000	$15,400		$0	$0
1	CC	74183499	LEMUS CARLOS	231001	30	$1,470,000	$235,200	EPS037	30	$1,470,000	$183,800		0	$0	$0	14-11	30	$1,470,000	$15,400	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,470,000	$235,200			$1,470,000	$183,800			$0	$0			$1,470,000	$15,400		$0	$0

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 74183499		LEMUS RIVEROS CARLOS FELIPE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 1b # 4-37	SAN GIL-SANTANDER	7777777	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	33163854	9406011091	I	2020/05/26	2020/05/12	BANCO DE OCCIDENTE	0	$434,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$235,200	$0	$0	$235,200
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$235,200	$0	$0	$235,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$15,400	$0	$0	$15,400
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$15,400	$0	$0	$15,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$183,800	$0	$0	$183,800
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$183,800	$0	$0	$183,800
TOTAL				1	$434,400	$0	$0	$434,400

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 74183499		LEMUS RIVEROS CARLOS FELIPE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 1b # 4-37	SAN GIL-SANTANDER	7777777	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	25236656	9406156544	N	2020/05/26	2020/05/15	BANCO DE OCCIDENTE	0	$14,700

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
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$50,000	$8,000			$50,000	$6,200			$0	$0			$50,000	$500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$50,000	$8,000			$50,000	$6,200			$0	$0			$50,000	$500		$0	$0
Ciudad: SAN GIL Depto: SANTANDER (1 Afiliados)					$50,000	$8,000			$50,000	$6,200			$0	$0			$50,000	$500		$0	$0
1	CC	74183499	LEMUS CARLOS	231001	30	($1,470,000)	($235,200)	EPS037	30	($1,470,000)	($183,800)		0	$0	$0	14-11	30	($1,470,000)	($15,400)	0	$0	$0
2	CC	74183499	LEMUS CARLOS	231001	30	$1,520,000	$243,200	EPS037	30	$1,520,000	$190,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,520,000	$15,900	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$50,000	$8,000			$50,000	$6,200			$0	$0			$50,000	$500		$0	$0

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 74183499		LEMUS RIVEROS CARLOS FELIPE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 1b # 4-37	SAN GIL-SANTANDER	7777777	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	25236656	9406156544	N	2020/05/26	2020/05/15	BANCO DE OCCIDENTE	0	$14,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$8,000	$0	$0	$8,000
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$8,000	$0	$0	$8,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$500	$0	$0	$500
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$500	$0	$0	$500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,200	$0	$0	$6,200
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$6,200	$0	$0	$6,200
TOTAL				1	$14,700	$0	$0	$14,700

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 29 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.	**1054287398**	**Hellen Camila Lemus Rojas**	**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: _Carlos Felipe Lemus Riveros_

C.C. _74183499_

REPUBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1054207398

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 42094416

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
	X	03				E 2 N

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

COLOMBIA BOYACA SOGAMOSO

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
LEMUS	ROJAS

Nombre(s)

HELLEN CAMILA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2009 Mes NOV Día 23	FEMENINO	"B"	POSITIVO

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

COLOMBIA BOYACA SOGAMOSO

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	52175482-7

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

ROJAS TORRES MARIA DEL CARMEN

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 46.456.924 DUITAMA	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

LEMUS RIVEROS CARLOS FELIPE

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 74.183.499 SOGAMOSO	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

LEMUS RIVEROS CARLOS FELIPE

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. 74.183.499 SOGAMOSO	

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 2009 Mes OCT Día 21	EDGAR ULLOA ULLOA Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -