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	**26345-024661**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: MARIO ANGEL ANGARITA DIAZ
Correo electrónico contratista: mangaritad@sena.edu.co
C.C. 11.189.168 **IP/Nº de contacto** 3076718561

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 CAJA SOCIAL **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 24036326860

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: 1372952/2020 **Nº Compromiso SIIF** 21420

Valor Total del Contrato	$ 26.075.200	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**			**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 22.815.800	**3**	**Del**	**01/05/2020**	**Al** **31/05/2020**	**$ 2.607.520,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 20.208.280		Comisiones		$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.607.520		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	**$ 2.607.520**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.638.801**		**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	----------	**17893301**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.043.008	$ 877.803
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 130.400	$ 109.800
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 31.300	$ 26.400
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL V	$ -	$ 0
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	$ 260.752	
Salud hasta $ 569.712	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 546.267	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	1.638.801,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	2.445.820,00	
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	**$ 2.607.520,00**	

SON: DOS MILLONES SEISCIENTOS SIETE MIL QUINIENTOS VEINTE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ficha: 2109818
Programa: Información en Rutas Turisticas de Espeleismo
Competencia: Conducir recorridos de espeleología recreativa según lo contratado por el usuario
Actividad de Aprendizaje: Operar los equipos necesarios y adecuados para el recorrido
Proyectar actividades de mantenimiento básico a equipos de espeleismo
Fechas 1, 2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19y 20 de Mayo en el horario de 13:00 a las 17:00
Total horas de la ficha 80

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.

MARIO ANGEL ANGARITA DIAZ
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

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL :	MARIO ANGEL ANGARITA DIAZ
IDENTIFICACION:	CC-11189168
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	00
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	00
FECHA GENERACION REPORTE:	2020-05-15
FECHA LIMITE DE PAGO:	2020-05-18
FECHA DE PAGO:	2020-05-15
ENTIDAD DE PAGO:	BBVA COLOMBIA S.A.
PERIODO PENSION:	2020-04
PERIODO SALUD:	2020-04
NUMERO PLANILLA:	17893301
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	17893301
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS044	901097473	MEDIMAS EPS	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 109.800	$ 109.800
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 26.400	$ 26.400
CCF40	890201578	COMFENALCO SANTANDER	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 5.300	$ 5.300
		Total a pagar		$ 0	$ 0	$ 0	$ 141.500	$ 141.500

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	16/06/2020

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:

NUIP - NIP	**1101262203**	**Ariadne Angarita Vesga**	**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: Mario Angel Angarita Díaz

C.C. 11.189.168

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1101262203

Indicativo Serial 50360851

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [ ] Notaria [X] Número 01 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código R 5 H

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

COLOMBIA* SANTANDER* SAN GIL (NOTARÍA PRIMERA)

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ANGARITA	VESGA

Nombre(s)
ARIADNE

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2014 Mes JUN Día 25	FEMENINO	A	POSITIVO

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 MÉDICO	12494476-7

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

VESGA RUEDA MAIRA ALEJANDRA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 1.100.960.402 DE SAN GIL	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

ANGARITA DIAZ MARIO ANGEL

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 11.189.168 DE ENGATIVA	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

ANGARITA DIAZ MARIO ANGEL

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
C.C. No. 11.189.168 DE ENGATIVA	

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 2014 Mes JUL Día 09	ANGELA YOLIMA SANCHEZ ACUÑA NOTARIA PRIMERA DEL CIRCULO DE SAN GIL Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	ANGELA YOLIMA SANCHEZ ACUÑA NOTARIA PRIMERA DEL CIRCULO DE SAN GIL Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

. ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

NOTARÍA PRIMERA DEL CIRCULO DE SAN GIL-SANTANDER
NOTARIA: DRA. ANGELA YOLIMA SANCHEZ ACUÑA
CARRERA 10 No. 10-25, tel 7241459, 7235633
notaria1.sangil@gmail.com

ES FIEL COPIA TOMADA DE SU ORIGINAL, QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA NOTARIA, BAJO EL SERIAL No. 50360851.

SE EXPIDE A SOLICITUD DEL INTERESADO, MARIO ANGEL ANGARITA DIAZ CON C.C. No. 11.139.168 DE BOGOTA - PADRE.

VALIDO: PARA TRAMITE LEGAL

FECHA DE EXPEDICIÓN: SEPTIEMBRE 27 DE 2018.-

LA NOTARIA PRIMERA,

REPUBLICA DE COLOMBIA ANGELA YOLIMA SANCHEZ ACUÑA NOTARIA 1a CIRCULO DE SAN GIL - SDER

ANGELA YOLIMA SANCHEZ ACUÑA