SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

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

Código Regional	**19**
Código Centro	**930710**
Fecha Elaboración	**Junio de 2020**
Versión	**MAYO 2020 - 4,20**
ID de Proceso	**75896-085217**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: DANNY KARLO COLLAZOS VILLEGAS
Correo electrónico contratista: dcollazosv@sena.edu.co
C.C. 76.326.915 **IP/Nº de contacto** 22416

Régimen del IVA: NO RESPONSABLE **Pertenece al régimen simple de tributación?** NO **Es declarante de renta?** SI **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 BBVA **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 867077794

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: 1373070/2020 **Nº Compromiso SIIF** 17020

Valor Total del Contrato	$ 15.540.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**			**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 1.973.333	**5**	**Del**	**01/06/2020**	**Al** **16/06/2020**	**$ 1.973.333,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 0		Comisiones		$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 1.973.333	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	**$ 1.973.333**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.144.275**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**		**$ 0**

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

	Junio	**Mayo**			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**7754270879**	Valor Base retención en la fuente	1.144.275,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 877.803	$ 1.480.000	Valor Base retención en la fuente ICA	1.723.033,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 109.800	$ 185.000	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 140.500	$ 236.800	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 I	$ 4.600	$ 7.800	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 300	3.446,00	0,200%
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	$ 197.333		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 569.712	$ -				
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 381.425		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	**$ 1.969.887,00**	

SON: UN MILLÓN NOVECIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y SIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

PRESTAR LOS SERVICIOS DE FORMACIÓN PROFESIONAL Y COMPLEMENTARIA AL PROGRAMA GESTIÓN BANCARIA Y ENTIDADES FINANCIERAS presencial y virtual, conforme a las necesidades del centro de comercio y servicios - sena regional Cauca
programa: financiera (gestión bancaria y de entidades financieras) y apoyo a las otras redes de conocimiento del centro en las Fichas 1966755 MAÑANA SEDE VALENCIA-1803992 NOCHE CENTRO DE COMERCIO-1966740 TARDE SEDE VALENCIA-1996403 MAÑANA CENTRO Y COMERCIO el registro y publicacion de actividades por la plataforma Territorium, el seguimiento de los aprendices se desarrollo por otras herramientas tecnologicas como son Whatsapp y Correo electronico corporativo SENA
PRESTAR LOS SERVICIOS DE FORMACIÓN PROFESIONAL Y COMPLEMENTARIA AL PROGRAMA CONTABILIZACIÓN DE OPERACIONES BANCARIAS Y FIN ficha 2065841 en los horarios de sábados en la Mañana competencia Atencion al cliente, registro y publicacion por plataforma Territori y seguimiento a través de Whatsapp, correo electronico y linea telefonica celular

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.

DANNY KARLO COLLAZOS VILLEGAS
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,

HAROL ARMANDO ROSERO SALAZAR
COORDINADOR ACADÉMICO

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

FERNANDO ALFONSO ESCOBAR QUIRA
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

Titular : DANNY KARLO COLLAZOS

Estimado(a) cliente:

El siguiente es el resumen de su operación

Fecha de la operación	**03/06/2020**	**Hora de la operación**	**09:19 AM**
Valor del pago	**429600**	**CUS**	**642818772**
Referencia 1	**172.16.20.158**	**Estado Operación**	**Operación exitosa**

Cordial saludo,
BBVA Adelante

Nota: Si no eres el destinatario de este mensaje, por favor comunícate con nosotros con el fin de realizar la actualización correspondiente, al 4010000 en Bogotá, 4938300 en Medellín, 3503500 en Barranquilla, 8892020 en Cali, 6304000 en Bucaramanga o al 01800 912227 desde el resto del país.

********** AVISO LEGAL **********
Este mensaje es solamente para la persona a la que va dirigido. Puede contener informacion confidencial o legalmente protegida. No hay renuncia a la confidencialidad o privilegio por cualquier transmision mala/erronea. Si usted ha recibido este mensaje por error, le rogamos que borre de su sistema inmediatamente el mensaje asi como todas sus copias, destruya todas las copias del mismo de su disco duro y notifique al remitente. No debe, directa o indirectamente, usar, revelar, distribuir, imprimir o copiar ninguna de las partes de este mensaje si no es usted el destinatario. Cualquier opinion expresada en este mensaje proviene del remitente, excepto cuando el mensaje establezca lo contrario y el remitente este autorizado para establecer que dichas opiniones provienen de BBVA. Notese que el correo electronico via Internet no permite asegurar ni la confidencialidad de los mensajes que se transmiten ni la correcta recepcion de los mismos. En el caso de que el destinatario de este mensaje no consintiera la utilizacion del correo electronico via Internet, rogamos lo ponga en nuestro conocimiento de manera inmediata.

********** DISCLAIMER **********
This message is intended exclusively for the named person. It may contain confidential, propietary or legally privileged information. No confidentiality or privilege is waived or lost by any mistransmission. If you receive this message in error, please immediately delete it and all copies of it from your system, destroy any hard copies of it and notify the sender. Your must not, directly or indirectly, use, disclose, distribute, print, or copy any part of this message if you are not the intended recipient. Any views expressed in this message are those of the individual sender, except where the message states otherwise and the sender is authorised to state them to be the views of BBVA. Please note that internet e-mail neither guarantees the confidentiality nor the proper receipt of the message sent. If the addressee of this message does not consent to the use of internet e-mail, please communicate it to us immediately.

****

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

BBVA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	76326915
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			DANNY KARLO COLLAZOS VILLEGAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	POPAYAN	DEPARTAMENTO:	CAUCA
DIRECCIÓN:	CRA 15 13 A 15	TELÉFONO:	8366441
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de agentes y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7754270879**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	mayo	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	mayo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2020	SALUD:	AÑO:	2020
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2020/06/03	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		642818772

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800229739	230201	230201- PROTECCION	1	$ 236.800
SUBTOTAL:			1	**$ 236.800**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 185.000
SUBTOTAL:			1	**$ 185.000**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 7.800
SUBTOTAL:			1	**$ 7.800**

TOTAL PAGADO:	**$ 429.600**

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Bogotá, 26 de febrero 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 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.	**1061703978**	**ARIANA ANDREA COLLAZOS ESCOBAR**	**HIJO**

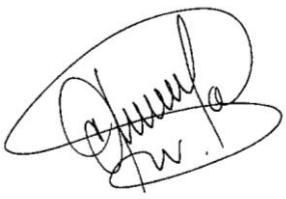
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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.

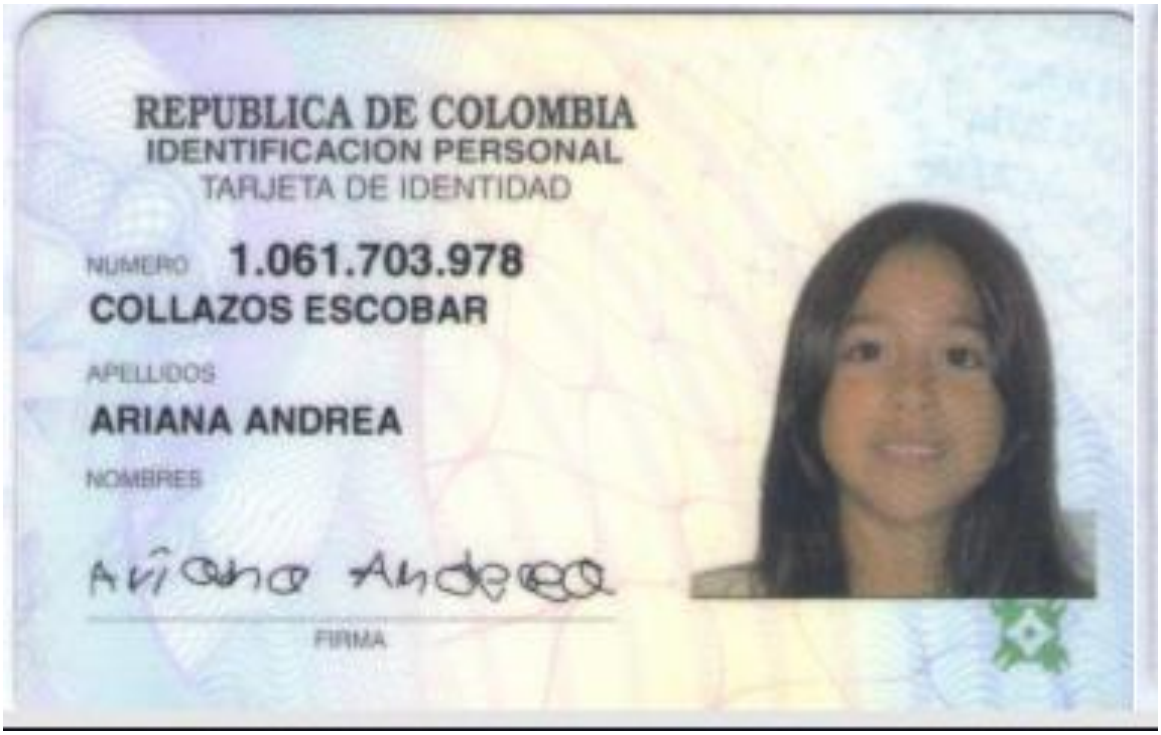
Cordialmente,



_____
FIRMA

Nombre: __DANNY KARLO COLLAZOS VILLEGAS_

C.C. _____76326915_____



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.061.703.978
COLLAZOS ESCOBAR
APELLIDOS
ARIANA ANDREA
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 01-ENE-2006
POPAYAN
(CAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
01-ENE-2024 O+ F
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO
03-ENE-2013 POPAYAN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL

INDICE DERECHO

P-1100100-00421158-F-1061703978-20130115 0032108604A 1 7742178824

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
ENTREGA DE BIENES E INFORMACIÓN DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL POR EL CONTRATISTA

LUGAR:
FECHA:
REGIONAL:

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS:	IDENTIFICACIÓN
DANNY KARLO COLLAZOS VILLEGAS	C.C. 76326915
DIRECCIÓN U OFICINA DONDE SE EJECUTÓ EL CONTRATO: CALLE 4 2 80 CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS	
NÚMERO Y FECHA DE CONTRATO: CO1.PCCNTR.1373070 DEL 14 DE FEBRERO DE 2020	

CAUSAL DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO

LIQUIDACIÓN POR MUTUO ACUERDO	x	CESIÓN		LIQUIDACIÓN ANTICIPADA POR MUTUO ACUERDO		TERMINACIÓN UNILATERAL	

DEPENDENCIA SENA	Marcar con x	RESPONSABLES	
		NOMBRES	FIRMA
GESTIÓN DE TIC			
ADMINISTRACIÓN DE DOCUMENTOS		PAOLA MARCELA TAMAYO	
ENTREGA CARNÉ (A Supervisor del Contrato en las Regionales y Centros de Formación) SECRETARÍA GENERAL		Harol Armando Rosero S	
ALMACÉN E INVENTARIOS		BIBIANA JUDITH ARIAS PEREZ	
SERVICIOS GENERALES, ADQUISICIONES (Administración de edificio; Contratación)		MILTON FABIAN DIAZ MOSQUERA	
CONTABILIDAD		LUZ DARI SALAZAR	
TESORERIA		JULIANA TOPA ACOSTA	
COORDINACIÓN DE: ÁREA/GRUPO/ ACADEMICA		Harol Armando Rosero S	
BIBLIOTECA		Johana Salguero	
OTRO		JONNATHAN MIGUEL MOLINA BOLAÑOS	
OTRO			
SUPERVISOR DE CONTRATO		Harol Armando Rosero S	

ELEMENTOS FALTANTES U OBLIGACIONES PENDIENTES (Relacionar con su respectivo valor)

OTROS : _____

Firma del Contratista