SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL BOYACÁ
CENTRO MINERO- BOYACA - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION

Código Regional	**15**
Código Centro	**911110**
Fecha Elaboración	**Junio de 2020**
Versión	**MAYO 2020 - 4,20**
ID de Proceso	**00691-092967**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	LUIS FERNANDO NIÑO OSPINA	**C.C.**	93.391.798	**IP/Nº de contacto**	3158255448
Correo electrónico contratista:	lninoo@sena.edu.co				

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 SI **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** SI

Banco al cual consignar: BANCO BBVA **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 435601992

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: N/A

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato: 1415515/2020 **Nº Compromiso SIIF** 22120

Valor Total del Contrato	$ 33.721.334	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 23.002.767	**4**	**Del**	**01/06/2020**	**Al**	**30/06/2020**	**$ 3.613.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 19.389.767		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.613.000	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	**$ 3.613.000**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.129.775**	**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	----------	**43187644**	Valor Base retención en la fuente	2.129.775,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.445.200	$ 1.445.200	Valor Base retención en la fuente ICA	3.201.000,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 180.700	$ 180.700	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 231.300	$ 43.400	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	$ 15.100	$ 15.100	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 8299	0,00	0,000%
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	$ 361.300		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 569.712	$ -		Descuentos de Libranza	0,00	
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 709.925		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		**VALOR A PAGAR**	**$ 3.613.000,00**	

SON: TRES MILLONES SEISCIENTOS TRECE MIL PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Planear, orientar y evaluar procesos de formación en el área y programa objeto del presente contrato, de acuerdo con la programación
Establecer la ruta de aprendizaje y asociar aprendices en el aplicativo SOFIA PLUS de acuerdo con la intensidad horaria
Planear y ejecutar las actividades relacionadas de la guía de aprendizaje.
Ejecutar la formación profesional integral de acuerdo con el currículo, desarrollo curricular y proyecto formativo de los programas
Aplicar según la modalidad, estrategias de enseñanza, aprendizaje, seguimiento y evaluación de acuerdo a los lineamientos pedagógicos
Participar cuando el centro de formación lo requiera, en proyectos de investigación técnica y/o pedagógica para fortalecer el proceso
Participar en la planeación de los procesos formativos en modalidad virtual y a distancia, de acuerdo con los lineamientos institución
Evaluar los aprendizajes previos correspondientes a las fichas asignadas, de acuerdo con los procedimientos, plazos y herramientas
Proceso de alistamiento, orientación y cierre de los cursos asignados.

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.

LUIS FERNANDO NIÑO OSPINA
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,

ECCEHOMO SUAREZ GUTIERREZ
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

JUAN CARLOS PINILLA HOLGUIN
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

compensar | miplanilla.com

REPORTE RESUMEN DE PAGO

Información básica de la planilla

Empresa:	Luis Fernando Niño Ospina	**NIT:**	93391798
Tipo Planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones:**	mayo 2020
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	mayo 2020
Número de Radicación:	43187644	**Total a pagar:**	$239,200
Fecha de vencimiento:	30/09/2020	**Total de empleados:**	1
Fecha de Pago:	05/06/2020	**Número de Administradoras:**	3

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de Pago:**	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	**Número Autorización:**	645137424
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-23	860011153	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1		$0	$15,100
230301	800224808	Porvenir	1		$0	$43,400
EPS044	901097473	MEDIMAS EPS SAS	1		$0	$180,700
						$239,200

***Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS GENERALES

TIPO	NUMERO	NOMBRE O RAZON SOCIAL	TIPO PRESENTACION (U C S D)	SUCURSAL / DEPENDENCIA	CODIGO
CC	93391798-	Luis Fernando Niño Ospina	U ☑ C ☐ S ☐ D ☐		

PERIODOS DE COTIZACION

SALUD MES	SALUD AÑO	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF MES	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF AÑO
2020	5	2020	4318764

NUMERO RADICACION	TIPO EMPRESA	CLASE DE APORTANTE	CODIGO ARL	CODIGO OPERADOR
	PUBLICA ☑ PRIVADA ☐ MIXTA ☐	PEQUEÑO ☐ GRANDE ☐ INDEPENDIENTE ☑	14-23	83

DIRECCION	CIUDAD/MUNICIPIO	CODIGO	DEPARTAMENTO	CODIGO	TELEFONO	FAX	CORREO ELECTRONICO	ACTIVIDAD ECONOMICA	VALOR NOMINA	TOTAL EMPLEADOS	FECHA DE PAGO (aaaa/mm/dd)	No. AUTORIZACION
Cra 10 Sur No 44A66 Barrio Zona Ind. El Papa	IBAGUÉ	73001	TOLIMA	73	2692852		lufernios@yahoo.com	8551	0	1	2020/06/05	645137424

TOTAL APORTES DEL PERIODO A SALUD POR ADMINISTRADORA

COD EPS	NIT EPS	COTIZACION OBLIGATOR	UPC ADICIONAL	INCAPACIDADES No.AUTOR	INCAPACIDADES VALOR	LIC.MATERNIDAD No.AUT	LIC.MATERNIDAD VALOR	NETO COTIZAC	DIAS MORA	INTERESES MORA OBL	INTERESES MORA UPC	SUBTOTAL COTIZACION	SUBTOTAL UPC ADIC.	No. RADIC SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR COTIZ OBLIG	SALDO A FAVOR UPC ADICIONAL	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
EPS044	901097473-5	180.700	0		0		0	180.700	0	0	0	180.700	0		0	0	180.700	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A PENSIONES POR ADMINISTRADORA

COD AFP	NIT AFP	COTIZ OBLIGAT	COTIZ VOL AFILIADO	COTIZ VOL APORTANT	FONDO SOLI PENS	DIAS MORA	INTERES MORA COTIZ	INTERES MORA FONDO	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
230301	800224808-8	43.400	0	0	0	0	0	0	43.400	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A CAJAS POR ADMINISTRADORA

COD CCF	NIT CCF	VALOR APORTE	DIAS MORA	INTERESES MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ICBF Y SENA

CONC	VALOR	DIAS MORA	INT MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
ICBF					
1	0	0	0	0	0
SENA					
1	0	0	0	0	0

TOTAL APORTES DEL PERIODO A RIESGOS LABORALES

COD ARL	NIT ARL	COTIZ OBLIGAT	INCAPACIDADES No.AUTORIZ	INCAPACIDADES VALOR	APORTES OTROS RIESG	VALOR NETO COTIZACION
14-23	860011153-6	15.100		0	0	15.100
DIAS MORA	**INTERES MORA COTI**	**SUBTOTAL APORT COTIZ**	**No. RADICAC SALDO A FAVOR**	**SALDO A FAVOR**	**FONDO SOLIDARIDAD**	**TOTAL A PAGAR**
0	0	15.100		0	151	15.100

NUMERO DE ADMINISTRADORAS REPORTADAS

PENSIONES	1
SALUD	1
RIESGOS LABORALES	1
CAJAS DE COMPENSACION	0
OTRAS	0
TOTAL	3

TOTAL APORTES DEL PERIODO A MIN. EDUCACION

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ESAP

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA

TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA	ANTES DE IGE,LMA,IRP Y MORA	VALOR TOTAL
PENSIONES	43.400	43.400
SALUD	180.700	180.700
RIESGOS LABORALES	15.100	15.100
CCF	0	0
SENA	0	0
ICBF	0	0
ESAP	0	0
MINISTERIO DE EDUCACION	0	0
GRAN TOTAL	239.200	239.200

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

DATOS DEL AFILIADO							NOVEDADES																			VALOR IBC							LIQUIDACION DE APORTES				
Nº	TIPO	NUMERO	APELLIDOS Y NOMBRES	COD EPS	COD AFP	COD CAJA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	NUEVA EPS	NUEVA AFP	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC CAJAS	IBC RIESGOS	SUBTIPO COTIZANTE	EXTRANJERO	COLOMBIANO EN EXTERIOR	COTIZ PENSION	FONDO SOLIDAR PENSION	APORTE VOLUNT PENSION	COTIZ SALUD	UPC ADICIONAL
1	CC	93391798	NIÑO OSPINA LUIS FERNANDO	EPS044	230301																				1.445.200	1.445.200	0	1.445.200	0			43.400	0	0	180.700	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Sogamoso, Junio 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:

C.C.	**1007384730**	**Natalia Alejandra Niño Pérez**	**HIJO**

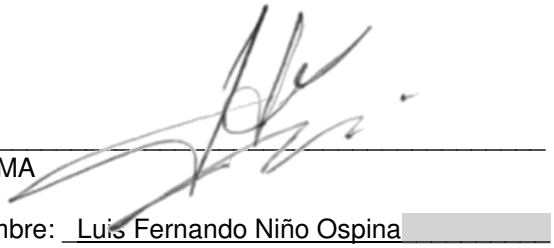
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Hijo entre 18 y 23 años, y me encuentro 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

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: Luis Fernando Niño Ospina

C.C. 93391798

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

Doy fé q... coincide con un d... AUTENTICADO que he te... a la vista.
14 JUL 2014
HILDA MARLENY GONZÁLEZ PEDRAZA
NOTARIA QUINTA DEL CIRCULO
DE IBAGUE

NUIP 1.007.384.730

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 54791108

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [X] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código

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

REGISTRADURIA DE IBAGUE - COLOMBIA - TOLIMA - IBAGUE

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
NIÑO	PEREZ

Nombre(s)

NATALIA ALEJANDRA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2000 Mes SEP Día 02	FEMENINO		

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

COLOMBIA TOLIMA IBAGUE

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
SOLICITUD ESCRITA	

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

PEREZ RICO SONIA MARCELA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 65.783.628	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

NIÑO OSPINA LUIS FERNANDO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 93.391.798	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

NIÑO OSPINA LUIS FERNANDO

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 93.391.798	

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 10	LUIYEN BARRERO S. NADYA M GIRALDO Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
FDO LEGIBLE PUESTO INICIAL Firma	FDO [illegible] PUESTO INICIAL ISAIAS CARDENAS C. AXEL YAZID SANCHEZ O. Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

10.JUL.2014 - SERIAL REEMPLAZA A -- 0030450819 - 16 NOV.2000.
CORRECCION APELLIDOS Y/O NOMBRE DEL INSCRITO -

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

-- ESTUDIANTE --

CORPORACION UNIFICADA NACIONAL DE EDUCACION SUPERIOR

Corporación Unificada Nacional de Educación Superior

ORDEN DE MATRICULA

Nit: 860401734-9

PBX: 3813222 Fax: 3347101

REF.	**4120135**
RECIBO No. **FAMA 1141960**	PERIODO **2020A**
FECHA IMPRESION.	**14/01/2020**

IDENTIFICACIÓN : **CC - 1007384730**

CÓDIGO : **1007384730**

APELLIDOS : **NIÑO PEREZ**

DIRECCIÓN : **CL 13 3-08 3-08**

NOMBRES : **NATALIA ALEJANDRA**

CIUDAD : **IBAGUE**

PROGRAMA : **6121 / TECNICA PROFESIONAL EN LOGISTICA DE COMERCIO**

TELEFONO : **3115151340**

CONCEPTO	VALOR	DESCUENTOS	VALOR
MATRICULA COMPLETA	2,027,000	APLICACION DCTO POR CONVENIO	506,750
SOLICITUDES DE NOTA.ND SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL	21,000		

20/01/2020 16:15 SC 291 LINEA
0.00 CH 1,541,250.
NOMBRE: CORPOR UNIFICADA DEEDUCACION S
CTA:059005744 PIN: 0000000000000000000
REF:00001007384730 APLICA 20200120
****7494
PIN TXN: 44063274800584
DESTINO:ARCHIVAR OFICINA
REF1 00001007384730 REF2 00041201

VALOR :Oportuna	**20/01/2020**	**1,541,250**
VALOR :Extraordinaria 20%	**27/01/2020**	**1,946,650**

OPCIONES DE PAGO

ENTIDADES FINANCIERAS

Bancolombia · Davivienda · Banco de Occidente · Colmena · Banco de Bogotá · AVAL · Banco Agrario de Colombia · Banco Popular · Banco Pichincha · Itaú

PAGO EN LÍNEA

Con tarjeta débito, crédito o efectivo ingresando a www.cun.edu.co - botón PSE

CORRESPONSAL BANCARIO

Para más información ingresar a www.grupobancolombia.com

Bancolombia a la mano

Llama gratis desde tu celular 01 8000 11 84 11 - Bogotá 307 81 80 / cun.edu.co