SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL SANTANDER
CENTRO ATENCION SECTOR AGROPECUARIO-SANTANDER - SERVICIOS PRES

Código Regional	**68**
Código Centro	**912210**
Fecha Elaboración	**24 de marzo de 2020**
Versión	**FEBRERO 2020 - 2,20**
ID de Proceso	**09108-928797**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	JOSE GABRIEL VILLARREAL ARCINIEGAS	**C.C.**	91.281.094	**IP/Nº de contacto**	74064
Correo electrónico contratista:	jgvillareal@sena.edu.co				
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**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 ?**	SI
Banco al cual consignar:	DAVIVIENDA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**	488412671551
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	

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato:	1356676/2020			**Nº Compromiso SIIF**	**18220**	
Valor Total del Contrato	$ 37.901.400	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**			**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 36.132.668	**2**	**Del**	**01/03/2020**	**Al** 31/03/2020	**$ 3.790.140,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 32.342.528		Comisiones		$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.790.140		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	$ 1.768.732			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 5.558.872**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 3.240.364**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Marzo	Febrero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**9402805848**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.516.056	$ 877.803
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 189.600	$ 109.800
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 242.600	$ 140.500
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	$ 140.500	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 109.800	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 11.500	
Dependientes hasta $ 1.139.424	$ 555.887	
Salud hasta $ 569.712	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 1.080.121	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

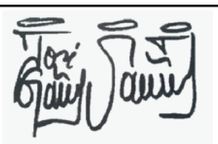
Valor Base retención en la fuente	3.240.364,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.357.940,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica	0,00	0,000%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
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	**$ 3.790.140,00**	

SON: TRES MILLONES SETECIENTOS NOVENTA MIL CIENTO CUARENTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

impartir formacion en las fichas 2084871 2087540 2087601 1803129
ejecucion proyecto formativo de los programas de tecnólogo en gestión de la seguridad y salud en el trabajo
Evaluacion del proceso de aprendizaje diligenciando oportunamente los formatos y asistencia
Cobertura de fichas asignadas en horarios y actividades programadas
Asisti a las reuniones y procesos a los cuales soy convocada
manejo y cargue de plataforma territorium

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.



JOSE GABRIEL VILLARREAL ARCINIEGAS
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;

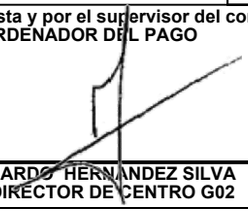
3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,



OSCAR JULIAN GELVEZ LOZANO
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



LEONARDO HERNANDEZ SILVA
SUBDIRECTOR DE CENTRO 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 91281094		VILLARREAL ARCINIEGAS JOSE GABRIEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	bloque 16-4 apto 101 Bucarica	FLORIDABLANCA-SANTANDER	6499089	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-02	2020-02	1000001451	9402805848	I	2020/03/24	2020/02/24	BANCO BOGOTA	0	$313,600

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)					$1,061,240	$169,800			$1,061,240	$132,700			$0	$0			$1,061,240	$11,100		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,061,240	$169,800			$1,061,240	$132,700			$0	$0			$1,061,240	$11,100		$0	$0
Ciudad: FLORIDABLANCA Depto: SANTANDER (1 Afiliados)					$1,061,240	$169,800			$1,061,240	$132,700			$0	$0			$1,061,240	$11,100		$0	$0
1	CC	91281094	VILLARREAL JOSE	230201	21	$1,061,240	$169,800	EPS044	21	$1,061,240	$132,700		0	$0	$0	14-23	21	$1,061,240	$11,100	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,061,240	$169,800			$1,061,240	$132,700			$0	$0			$1,061,240	$11,100		$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 91281094		VILLARREAL ARCINIEGAS JOSE GABRIEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	bloque 16-4 apto 101 Bucarica	FLORIDABLANCA-SANTANDER	6499089	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-02	2020-02	1000001451	9402805848	I	2020/03/24	2020/02/24	BANCO BOGOTA	0	$313,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$169,800	$0	$0	$169,800
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$169,800	$0	$0	$169,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$11,100	$0	$0	$11,100
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$11,100	$0	$0	$11,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$132,700	$0	$0	$132,700
MEDIMAS EPS	EPS044	901,097,473	5	1	$132,700	$0	$0	$132,700
TOTAL				**1**	**$313,600**	**$0**	**$0**	**$313,600**

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Bogotá, 24 de marzo 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.	**1095791032**	**Allison Michelle Villarreal Melo**	**HIJO**

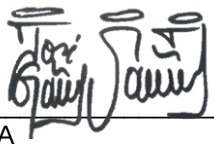
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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: José Gabriel Villarreal Arciniegas

C.C. 91281094 de Bucaramanga

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1095791032

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 36833480

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** Q 2 T

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

REGISTRADURIA DE FLORIDABLANCA COLOMBIA SANTANDER FLORIDABLANCA*****

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
VILLARREAL**********	MELO**********

Nombre(s)

ALLISON MICHELLE**********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2005 Mes ENE Día 09	FEMENINO********	O*******	+********

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

COLOMBIA SANTANDER FLORIDABLANCA**********

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO**********	A5707745**********

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

MELO SERRANO LUZORA**********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 0063500903**********	COLOMBIA**********

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

VILLARREAL ARCINIEGAS JOSE GABRIEL**********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 0091281094**********	COLOMBIA**********

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

VILLARREAL ARCINIEGAS JOSE GABRIEL**********

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CEDULA DE CIUDADANIA 0091281094**********	

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 2005 Mes FEB Día 07	**PRIMITIVO MANRIQUE SANDOVAL(E)** Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -