SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL HUILA
CENTRO AGROEMPRESARIAL Y DESARROLLO PECUARIO DEL HUILA - SERVIC

Código Regional	**41**
Código Centro	**952510**
Fecha Elaboración	**30 de junio de 2020**
Versión	**MAYO 2020 - 4,20**
ID de Proceso	**54697-504141**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: GONZALO CHACON CHACON
Correo electrónico contratista: gchaconc@sena.edu.co
C.C. 12.199.488 **IP/Nº de contacto** 83604

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** 24071702955

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: 1329946/2020 **Nº Compromiso SIIF** **4320**

Valor Total del Contrato	$ 33.000.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**			**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 20.020.000	**5**	**Del**	**01/06/2020**	**Al** **30/06/2020**	**$ 3.300.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 16.720.000		Comisiones		$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.300.000		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	**$ 3.300.000**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.945.350**		**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	----------	**9406249785**	Valor Base retención en la fuente	1.945.350,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.320.000	$ 1.320.000	Valor Base retención en la fuente ICA	2.923.800,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 165.000	$ 165.000	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 211.200	$ 39.600	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	$ 6.900	$ 6.900	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 8299	0,00	0,350%
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	$ 330.000		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 569.712	$ -				
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 648.450		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	**$ 3.300.000,00**	

SON: TRES MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Formación profesional integral en el Tecnólogo Gestión Empresarial ficha: 1801374.
Formación profesional integral en el Técnico en Recursos Humanos ficha: 1966892.
Formación profesional integral en el Técnico en asistencia en organización de archivos ficha: 1966896.
Formación profesional integral en el Tecnólogo en Gestión Documental ficha: 1819955.
Formación profesional integral en el Técnico en Recursos Humanos ficha: 1966753.

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.

GONZALO CHACON CHACON
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,

FELIPE CASTELLANOS FORERO
PROFESIONAL G04

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

MIGUEL ALIRIO ARGOTE
SUDIRECTOR (E)

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 12199488		CHACON CHACON GONZALO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 15 1-27	GARZON-HUILA	8000000	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-05	2020-05	9406249785	9406249785	I	2020/06/23	2020/06/17	BANCO BOGOTA	0	$211,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC	12199488	CHACON CHACON GONZALO	230301	30	$1,320,000	$39,600	EPS044	30	$1,320,000	$165,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,320,000	$6,900	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,320,000	$39,600			$1,320,000	$165,000			$0	$0			$1,320,000	$6,900		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$39,600	$0	$0	$39,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$39,600	$0	$0	$39,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,900	$0	$0	$6,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$6,900	$0	$0	$6,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$165,000	$0	$0	$165,000
MEDIMAS EPS	EPS044	901,097,473	5	1	$165,000	$0	$0	$165,000
TOTAL				**1**	**$211,500**	**$0**	**$0**	**$211,500**

Banco de Bogotá
NIT. 860.002.964-4

Esta transacción está sujeta a verificación posterior. El(los) cheque(s) depositado(s) se reciben "Salvo buen cobro" de manera que la operación solo se entiende efectiva si el (los) cheques(s) son pagado(s) por el (los) banco(s) librados. En caso de que el(los) cheque(s) sean devuelto(s) sin pago, esta operación se reversará y el (los) titulo(s) se entregará(n) por parte del Banco al titular de la cuenta en la que se deposita (ron). En consecuencia, el comprobante de pago que se entrega al depositario timbrado por el Banco, no implica constancia de pago respecto a las sumas no consignadas en efectivo.

El pago con tarjeta Débito/Crédito aplica únicamente para convenios de empresas autorizadas. En caso de inconveniente comuníquese con la entidad emisora de su tarjeta.

Impreso por Edeq S.A. NIT 800058380-2 76151

Comprobante de Recaudos

ESPACIO PARA EL TIMBRE

```
Banco de Bogota - RECAUDO PILA
2060 B0033803   ****7289  T413
Ftx17/06/20 12:22H.N0338 Garzon
202005 84 Aportes en linea
PLANILLA No.000009406249785
Identificacion12199488
VALOR PLANILLA:211,500.00
Cargo Cuenta No.
Valor Efectivo:211,500.00
```

VALOR $ _____

21303332 (CRE_FOR_005 V1 21/01/2016)

Verifique que la información impresa en este formato sea correcta

ULTISERVICIOS SEDEMA
Nit. 1.077.845.482-4 Tel. 833 3086

2020/06/17 12:35 PM

Elimina la filigrana digital ahora

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Garzón, 25 de febrero de 2020

SENA - CFP 419525
Radicacion Recibida
No:41-1-2020-002358
25/02/2020 5:41:49 P. M.
Destinatario: 419525

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:

NUIP - NIP	**1.145.730.832**	**SEBASTIÁN CHACÓN VÁSQUEZ**	**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.

pdfelement

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,

Gonzalo Chacon Chacon
FIRMA

Nombre: GONZALO CHACÓN CHACÓN

C.C. 12.199.488 de Garzón.

Elimina la filigrana digital ahora

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1.145.730.832

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 53986396

.53986396.

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [X] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** D U V

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

REGISTRADURIA DE GARZON H. SAN VICENTE DE PAUL - COLOMBIA - HUILA -

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
CHACON	VASQUEZ

Nombre(s)

SEBASTIAN

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2014 Mes FEB Día 26	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA HUILA GARZON

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	12826910-1

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

VASQUEZ LUZ CAROLINA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 55.063.570	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

CHACON CHACON GONZALO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 12.199.488	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

CHACON CHACON GONZALO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 12.199.488	Gonzalo Chacon Ch.

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 FEB Día 27	VICENTE VERGARA MORENO - REGISTRA Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

pdfelement