

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL CASANARE C AGROINDUSTRIAL Y FORTALECIMIENTO EMPRESARIAL DE CASANARE - INT		Código Regional	85
			Código Centro	951910
			Fecha Elaboración	Junio de 2020
			Versión	MAYO 2020 - 4,20
			ID de Proceso	35484-219993
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista: EDWIN VARGAS OCHOA Correo electrónico contratista: edwinvargasocha@misena.edu.co		C.C. 74.814.251	IP/N° de contacto 3112306121	
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 ? ☐ SI				
Banco al cual consignar: BANCO FALABELLA Tipo de cta AHORROS N° Cuenta 1170301134				
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				
N° del contrato: 1375835/2020		N° Compromiso SIIF 17420		
Valor Total del Contrato \$ 38.010.750	N° Pago 5	Periodo objeto de pago Del 01/06/2020 Al 30/06/2020		Valor Bruto Pago \$ 3.865.500,00
Saldo Anterior del Contrato \$ 24.868.050		Comisiones \$ 0,00		
Nuevo Saldo del Contrato \$ 21.002.550				
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios \$ 3.865.500 Ingresos por comisiones \$ 0 Ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ 0 TOTAL INGRESOS DEL PERIODO \$ 3.865.500 BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 2.278.688	Tarifa de Retención en la Fuente ART 383° Retención en la Fuente del Periodo 0,00% \$ 0 Menos, Rete Fuente Otros Ingresos \$ 0 TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO \$ 0			
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	Junio	Mayo	Valor Base retención en la fuente 2.278.688,00 TARIFA	
Ingreso Base de Cotización - IBC \$ 1.546.200	4343678541	4343678541	Valor Base retención en la fuente ICA 3.424.800,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud \$ 193.300	\$ 193.300	\$ 193.300	Valor base IVA 0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión \$ 247.400	\$ 247.400	\$ 46.400	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 \$ 8.100	\$ 8.100	\$ 8.100	Menos Retención IVA 0,00 15%	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias \$ -	\$ -	\$ -	Reteica - 8299 34.248,00 1,000%	
Aportes voluntarios a cuentas AFC \$ -	\$ -	\$ -	Aporte Voluntario Dec. 568/2020 0,00 0,000%	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.128.000 \$ -	\$ -	\$ -	Otras Retenciones 0,00 0,000%	
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.560.700 \$ -	\$ -	\$ -	Otras Retenciones 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 \$ 386.550	\$ 386.550	\$ 386.550	Descuentos de Libranza 0,00	
Salud hasta \$ 569.712 \$ -	\$ -	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00	
Renta Exenta 25% \$ 8.545.680 \$ 759.563	\$ 759.563	\$ 759.563	VALOR A PAGAR \$ 3.831.252,00	
Retención en la Fuente Contingente \$ -	\$ -	\$ -		
SON: TRES MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y UN MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Programa de formación. Técnico en comercio internacional cod 122703 ver.1 Apoyo a la formación a las fichas 1832977; 1832986; 1832987; 1833003; 1843004. Planeación. Actividades. REALIZAR EL COSTEO DE LA CADENA DE DISTRIBUCIÓN, PARA LOS PRODUCTOS DESARROLLADOS EN LOS DIFERENTES PROYECTOS EDUCATIVOS, DESARROLLADOS POR LOS APRENDICES EN LA IE MANUELA BELTRAN EN PESOS Y DOLARES. Ejecución: 160 Horas				
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.			EDWIN VARGAS OCHOA 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,	
			EDWIN ALONSO QUINTERO 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				
JOHANA ASTRID MEDINA PEÑA DIRECTORA REGIONAL				

TOTAL APORTES A PENSIÓN												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 46.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 46.500	\$ 0	\$ 46.500
SUBTOTALES:										\$ 46.500	\$ 0	\$ 46.500

TOTAL APORTES A SALUD																
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037	EPS037- NUEVA EPS	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 193.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 193.400	\$ 0	\$ 0	\$ 193.400
SUBTOTALES:													\$ 193.400	\$ 0	\$ 0	\$ 193.400

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 8.100	\$ 8.100	\$ 0	\$ 0	\$ 8.100
SUBTOTALES:									\$ 8.100	\$ 0	\$ 0	\$ 8.100

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																						
DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES										SEGURIDAD SOCIAL										PARAFISCALES																								
Nº	IDENTIFICA CIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN				SEGURIDAD SOCIAL				SALUD				ARP				IBC	CCF					SENA	ICBF	ESAP	MINEDU			
																										ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE		ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE					DÍAS COT	IBC	ADMIN
1	CC 74814251	VARGAS OCHOA EDWIN	INDEPENDIE NTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		\$ 1.547.000			NO																		25-14 COLPENSI ONES	30	\$ 1.547.000	\$ 46.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 46.500	EPS037- NUEVA EPS	30	\$ 1.547.000	\$ 193.400	\$ 0	\$ 193.400	14-23- POSITIVA COMPAÑI A DE SEGUROS S.A.	30	\$ 1.547.000	\$ 74814251	\$ 8.100	\$ 0		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL	\$ 248.000
--------------	-------------------

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Yopal, 30 de junio de 2020

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIAJE (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	1029656377	ANTONELLA VARGAS RUEDA	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: **EDWIN VARGAS OCHOA**

C.C. **74.814251 de Yopal (CAS)**

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 51775615

NUIP 1.029.656.377

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒	Notaría ☐	Número <input type="text"/>	Consulado ☐	Corregimiento ☐	Inspección de Policía ☐	Código A F A
---	----------------------------------	-----------------------------	------------------------------------	--	--	--------------

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

REGISTRADURIA DE YOPAL-H LA YOPAL - COLOMBIA - CASANARE - YOPAL.....

Datos del inscrito

Primer Apellido		Segundo Apellido	
VARGAS.....		RUEDA.....	
Nombre(s)			
ANTONELLA.....			
Fecha de nacimiento		Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo
Año 2 0 1 1	Mes F E B	Día 2 3	FEMENINO
Factor RH		POSITIVO	
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)			
COLOMBIA CASANARE YOPAL.....			

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

Número certificado de nacido vivo

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO.....

10524817-6.....

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

RUEDA ARCINIEGAS YULY PAOLA.....

Documento de Identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CC 1.118.535.044.....

COLOMBIA.....

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

VARGAS OCHOA EDWIN.....

Documento de Identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CC 74.814.251.....

COLOMBIA.....

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

VARGAS OCHOA EDWIN.....

Documento de Identificación (Clase y número)

CC 74.814.251.....

Firma

[Firma manuscrita]

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)

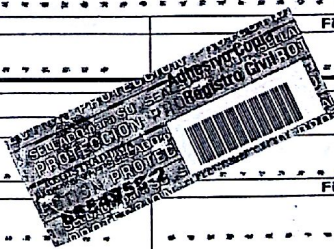
Firma

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

2 0 1 1

Mes

M A R

Día

0 3

JAIRO ANTONIO AGUIRRE CHAPARRO

Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -