SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL GUAVIARE
CENTRO DE DESARROLLO AGROINDUSTR, TURISTICO Y TECNOLOG DEL GUA

Código Regional	**95**
Código Centro	**953310**
Fecha Elaboración	**Agosto de 2020**
Versión	**AGOSTO 2020 - 5,20**
ID de Proceso	**95304-026060**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: ANDRES ARIZA MONTENEGRO
Correo electrónico contratista: andresarizasena@gmail.com
C.C. 79.694.065 **IP/Nº de contacto** 85321

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 COLPATRIA **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 4862013548

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:
Se acogió para el mes anterior, al pago parcial del aporte al Sistema General de Pensiones según el Art. 3 del Decreto N° 558: N/A
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: 1344955/2020 **Nº Compromiso SIIF** **3720**

Valor Total del Contrato	$ 23.428.380	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**			**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 911.104	**7**	**Del**	**01/08/2020**	**Al** **07/08/2020**	**$ 911.104,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 0		Comisiones		$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 911.104	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	**$ 911.104**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 427.271**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**		**$ 0**

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

	Agosto	Julio			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**7760476896**	Valor Base retención en la fuente	427.271,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 877.803	$ 1.561.892	Valor Base retención en la fuente ICA	660.804,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 109.800	$ 195.300	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 140.500	$ 250.000	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	$ 8.200	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	$ -		-	0,00	
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	$ 91.110		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 569.712	$ -				
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 142.424		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	**$ 911.104,00**	

SON: NOVECIENTOS ONCE MIL CIENTO CUATRO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

1. Impartir formación virtual en los programas de formación: Tecnólogo en gestión bancaria,
Tecnólogo en gestión de negocios, complementario en inglés básico pre intermedio niveles 1 - 2 fichas 2149096 y 2149073
Téccnico en asistencia en la función pública, Tecnólogo en gestión de la calidad fichas 1752673 y 1906151
2. Planeación para la ejecución de la formación en los programas que se orientan de manera virtual anteriormente mencionados
3. Programar actividades de formación para los programas profesionales de formación de manera virtual
4. Impartir formación profesional integral competencia de Inglés fichas de inscripción: 1989455, 1839487, 1883252, 1805902, 1835793
5. Evaluar a través de la plataforma SOFIA PLUS las actividades de formación

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.

ANDRES ARIZA MONTENEGRO
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,

GUSTAVO ADOLFO ACOSTA RODRIGUEZ
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

LUZ PIEDAD ECHEVERRY QUICENO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	79694065
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ANDRES ARIZA MONTENEGRO
CIUDAD/MUNICIPIO:	SAN JOSE DEL GUAVIARE	DEPARTAMENTO:	GUAVIARE
DIRECCIÓN:	CL 13 NO. 25 - 96	TELÉFONO:	5840404
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Educación de instituciones
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7760476896**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS:	MES:	agosto	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES:	agosto
	AÑO:	2020		AÑO:	2020
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2020/08/05	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		703126847

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 58.400
SUBTOTAL:			1	**$ 58.400**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900156264	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	$ 45.600
SUBTOTAL:			1	**$ 45.600**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 2.000
SUBTOTAL:			1	**$ 2.000**

TOTAL PAGADO:	**$ 106.000**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
CERTIFICADO HISTORICO DE PAGOS

El servicio de liquidación SOI certifica que ANDRES, identificado con documento CEDULA DE CIUDADANIA 79694065, ha realizado el pago de aportes a la Seguridad Social de sus empleados para los periodos que se relacionan a continuación:

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	79694065
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ANDRES
CIUDAD/MUNICIPIO:	SAN JOSE DEL GUAVIARE	DEPARTAMENTO:	GUAVIARE
DIRECCIÓN:	CL 13 NO. 25 - 96	TELÉFONO:	5840404
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Educación de instituciones universitarias o de es
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		

INFORMACIÓN HISTÓRICA DE PAGOS

PERIODO DE PAGO	No PLANILLA	FECHA DE PAGO (aaaa/mm/dd)	TIPO DE PLANILLA	VALOR PAGADO
AGOSTO 2020-AGOSTO 2020	7760476896	2020/08/05	I-INDEPENDIENTES	$ 106.000
JULIO 2020-JULIO 2020	7757587083	2020/07/06	I-INDEPENDIENTES	$ 453.500
JUNIO 2020-JUNIO 2020	7755031363	2020/06/08	I-INDEPENDIENTES	$ 453.500
MAYO 2020-MAYO 2020	7751922069	2020/05/08	I-INDEPENDIENTES	$ 250.400
ABRIL 2020-ABRIL 2020	7748866441	2020/04/07	I-INDEPENDIENTES	$ 453.500
MARZO 2020-MARZO 2020	7746380401	2020/03/09	I-INDEPENDIENTES	$ 453.500
FEBRERO 2020-FEBRERO 2020	7743960857	2020/02/11	I-INDEPENDIENTES	$ 341.300
ENERO 2020-ENERO 2020	7742566160	2020/02/05	I-INDEPENDIENTES	$ 250.300

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 05 de agosto 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:

T.I.	**1032936558**	**JUAN SEBASTIAN ARIZA NIÑO**	**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: ANDRÉS ARIZA MONTENEGRO

C.C. 7969406 DE BOGOTÁ

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

reav-

NUIP 1.032.936.558

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 35771825

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [x] Número 48 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A Y F

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

COLOMBIA* CUNDINAMARCA* BOGOTA D.C.*

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ARIZA	NIÑO

Nombre(s): JUAN SEBASTIAN

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2004 Mes MAR Día 12	MASCULINO	O	(+)

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

COLOMBIA* CUNDINAMARCA* BOGOTA D.C.*

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO CLINICA DAVID RESTREPO*	A5280790

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: NIÑO CORDERO OLGA BEATRIZ

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.# 39.548.646 DE ENGATIVA(BOGOTA)	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: ARIZA MONTENEGRO ANDRES

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.# 79.694.065 DE SANTAFE DE BOGOTA	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: ARIZA MONTENEGRO ANDRES

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
C.C.# 79.694.065 DE SANTAFE DE BOGOTA*****	

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 2004 Mes MAR Día 23	MIGUEL ANGEL DIAZ TELLEZ. Nombre y firma

Reconocimiento paterno — Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

* ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO *

ES FIEL COPIA TOMADA DE SU ORIGINAL QUE REPOSA EN EL ARCHIVO DE ESTA NOTARIA Y SE EXPIDE CON DESTINO AL INTERESADO PARA ACREDITAR PARENTESCO.

Este Registro civil NO tiene término de vigencia Art. 2 Decreto 2189 de 1983

REPUBLICA DE COLOMBIA NOTARIA CUARENTA Y DOS DE BOGOTA, D.C. CONSUELO OTERO AMAYA SECRETARIA DELEGADA

23 MAR 2004

CONSUELO OTERO AMAYA
Secretaria Delegada
(Dcto 1534 de 1.989)

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

LUGAR:	CDATTG
FECHA:	10/08/2020
REGIONAL:	GUAVIARE

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS:	ANDRÉS ARIZA MONTENEGRO	IDENTIFICACIÓN
		C.C. 79,694,065

DIRECCIÓN U OFICINA DONDE SE EJECUTÓ EL CONTRATO: Centro de Desarrollo Agroindustrial, Turístico y Tecnológico del Guaviare.

NÚMERO Y FECHA DE CONTRATO: CO1.PCCNTR.1344955 DEL 7 DE FEBRERO AL 7 AGOSTO DEL 2020

CAUSAL DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO

LIQUIDACION POR MUTUO ACUERDO	X	CESIÓN		LIQUIDACIÓN ANTICIPADA POR MUTUO ACUERDO		

DEPENDENCIA SENA	Marcar con x	RESPONSABLES	
		NOMBRES	FIRMA
CORDINADOR GRUPO APOYO ADMINISTRATIVO MIXTO - GESTION TALENTO HUMANO		JUDY ANDREA ESCOBAR AMADO	
ALMACÉN E INVENTARIOS		EDWIN YESID TORRES	
GESTIÓN EDUCATIVA		JENNY RODRIGUEZ ALMANZA	
COORDINADOR ACADEMICO		GUSTAVO ADOLFO ACOSTA	
COORDINADOR DE FORMACIÓN PROFESIONAL		EDGAR AUGUSTO BRAGA SILVA	
SUPERVISOR DE CONTRATO		GUSTAVO ADOLFO ACOSTA	
CONTABILIDAD		CLAUDIA MARCELA GAVIRIA	
BIBLIOTECA		LINA MARCELA PATIÑO MORALES	
COORDINACIÓN DE TALENTO HUMANO - COORDINADOR		JUAN CARLOS CASTILLO	
TALENTO HUMANO		DIANA PAOLA FLOREZ VILLAMIL	
JURIDICA- ABOGADA EXTERNA CONTRATACIÓN OPS		SANDRA MILENA VALENCIA OIDOR	
TESORERIA		LUZ JANETH CONEJO CUAN	

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

OTROS : _____

| Firma del Contratista |