SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL VALLE
CENTRO DE TECNOLOGIAS AGROINDUSTRIALES-VALLE

Código Regional	**76**
Código Centro	**954310**
Fecha Elaboración	**Agosto de 2020**
Versión	**AGOSTO 2020 - 5,20**
ID de Proceso	**25294-245393**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: JOHNNY MAURICIO GALVIS ESCOBAR
Correo electrónico contratista: jmgalvis08@misena.edu.co
C.C. 14.567.180 **IP/Nº de contacto** 23607

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: BANCOLOMBIA **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 72893361970

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: 1340507/2020 **Nº Compromiso SIIF** **10720**

Valor Total del Contrato	$ 37.269.710	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 15.160.560	**7**	**Del**	**01/08/2020**	**Al**	**31/08/2020**	**$ 3.790.140,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 11.370.420		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	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 3.790.140**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.234.195**		**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	----------	**1031086231**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.516.056	$ 1.516.056
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 189.600	$ 189.600
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 242.600	$ 242.600
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 8.000	$ 8.000
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	$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Dependientes hasta $ 1.139.424	$ 379.014	
Salud hasta $ 569.712	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 744.732	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.234.195,00	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 - 8523	6.716,00	0,200%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Pro-UCEVA	18.951,00	0,500%
Universidad del Pacífico	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	**$ 3.764.473,00**	

SON: TRES MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS SETENTA Y TRES PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Impartir formación profesional integral a los aprendices de grado 10° del programa AEM-Doble Titulación.

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.

JOHNNY MAURICIO GALVIS ESCOBAR
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,

JUAN CARLOS DIAZ POSADA
INSTRUCTOR G20

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

GERARDO AUGUSTO CASTRO MUÑOZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Cartago, Agosto 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:

NUIP - NIP	**1113859145**	**Valeria Galvis Correa**	**HIJO**
NUIP - NIP	**1113866070**	**Emanuel Galvis Buritica**	**HIJO**
NUIP - NIP	**1113866473**	**Samara Galvis Ramírez**	**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: _Johnny Mauricio Galvis Escobar_____

C.C. ___14.567.180_____

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1113859145 NH

Indicativo Serial 34865369

34865369

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
	X	0 1				V 7 J

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

COLOMBIA VALLE CARTAGO

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
GALVIS	CORREA

Nombre(s): VALERIA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2004 Mes DIC Día 17	FEMENINO	A	+

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

CLINICA COMFAMILIAR COLOMBIA VALLE CARTAGO

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	A 5866567

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: CORREA MORENO HEIDY JHOHANA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC# 31.435.125 DE CARTAGO VALLE	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: GALVIS ESCOBAR JOHNNY MAURICIO.

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC# 14.567.180 de CARTAGO VALLE	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: GALVIS ESCOBAR JOHNNY MAURICIO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC# 14.567.180 DE CARTAGO VALLE	Johnny M. Galvis E.

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos: X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.	X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos: X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X. X

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.	X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2004 Mes DIC Día 29	DR. ORLANDO RESTREPO JARAMILLO Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Johnny Mauricio Galvis E. Firma	DR. ORLANDO RESTREPO JARAMILLO Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

IMPRESO POR PANAMERICANA FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800 175 457-6

Escaneado con CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

tomo 473

34073

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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1.113.866.070 S.P

Indicativo Serial 51084782

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 01 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código V 7 J

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

COLOMBIA VALLE CARTAGO

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
GALVIS	BURITICA

Nombre(s): EMANUEL

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2012 Mes JUL Día 11	MASCULINO	A	+

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

CLINICA COMFANDI COLOMBIA VALLE CARTAGO

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	11244368 -4

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: BURITICA VICTORIA LEIDY JHOANA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 1.112.769.292 DE CARTAGO	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: GALVIS ESCOBAR JOHNNY MAURICIO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 14.567.180 DE CARTAGO	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: GALVIS ESCOBAR JOHNNY MAURICIO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. No. 14.567.180 DE CARTAGO	

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 2012 Mes DIC Día 11	DR. GUILLERMO HEBERT SALCE...
	Nombre y firma

REPUBLICA DE COLOMBIA REGISTRO CIVIL NOTARIA PRIMERA CARTAGO VALLE

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

IMPRESO POR THOMAS GREG & SONS DE COLOMBIA S.A. NIT 860.005.080-2 TEL. 381 0240

Escaneado con CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1.113.866.473 S.P

Indicativo Serial 51134513

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 0 1 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código V 7 J

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía: COLOMBIA VALLE CARTAGO

Datos del inscrito

Primer Apellido: GALVIS
Segundo Apellido: RAMIREZ
Nombre(s): SAMARA

Fecha de nacimiento: Año 2 0 1 3 Mes J U N Día 2 5
Sexo (en letras): FEMENINO
Grupo sanguíneo: A
Factor RH: +

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): CLINICA COMFANDI COLOMBIA VALLE CARTAGO

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO DE NACIDO VIVO
Número certificado de nacido vivo: 11849521 -8

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: RAMIREZ RAMIREZ CINDY
Documento de identificación (Clase y número): C.C. No. 1.112.771.210 DE CARTAGO
Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: GALVIS ESCOBAR JOHNNY MAURICIO
Documento de identificación (Clase y número): C.C. No. 14.567.180 DE CARTAGO
Nacionalidad: COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: GALVIS ESCOBAR JOHNNY MAURICIO
Documento de identificación (Clase y número): C.C. No. 14.567.180 DE CARTAGO
Firma: [firma]

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos: X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.
Documento de identificación (Clase y número): X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X
Firma: X.X.X.X.X.X.X.X.X.X

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos: X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.
Documento de identificación (Clase y número): X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.

Fecha de inscripción: Año 2 0 1 3 Mes J U L Día 0 2

Nombre y firma del funcionario que autoriza: DR. GUILLERMO HEBERT SALCEDO PRIETO
Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Firma: [firma]

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento: DR. GUILLERMO HEBERT SALCEDO PRIETO
Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Escaneado con CamScanner

PAGOSIMPLE | Prefactura

Simple

Fecha creación reporte: 2020-08-04, 04:35:25 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Periodo Cotización: julio de 2020 **Periodo Servicio:** julio de 2020

GUARDADA 08/07/2020

COLSUBSIDIO CARTAGO

DOCUMENTO SOPORTE

NOMBRE : PLANILLA SIMPLE RECAUDO
NIT : 900.097.333-9
CODIGO : 20596
REFERENCIA : 8803167920
PLANILLA : 1031086231
PERIODO : 2020/07
REFERENCIA 2: 8803167920

Código	Descripción	Cant	Valor
693927	RECAUDO PLA	1	448100
			448100

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JOHNNY MAURICIO GALVIS ESCOBAR	**Dirección**	CALLE 18 N 4 2
Documento	CC14567180	**Teléfono**	2126318
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Forma Presentación**	ÚNICO
Tipo Persona	NATURAL	**Departamento**	VALLE DEL CAUCA
Ciudad	CARTAGO	**Identificación**	
Representante Legal			

IMPORTANTE: Señor aportante, si usted realiza el pago de su aporte después de las 3:00 PM este se hará efectivo al día hábil siguiente; recuerde revisar su liquidación antes del pago, SIMPLE S.A.; da por entendido que el aportante está de acuerdo con la información suministrada, en consecuencia cualquier inconsistencia con las administradoras serán responsabilidad del aportante.

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	IGE	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VCT	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días ERP	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Administradora	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte Min Educación		Total
CC 14567180	GALVIS ESCOBAR JOHNNY MAURICIO	59	00													0	30	30	0	PORVENIR	$ 1.516.056	$ 242.600	EPS SANITAS	$ 1.516.056	$ 189.800	POSITIVA DE SEGUROS	$ 1.516.056	$ 15.900	NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 448.100

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes FSP	Aportes FSS	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	Incapacidades, Licencias, Saldos	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE	TOTAL INTERESES	TOTAL FINAL
$ 1.516.056	$ 1.516.056	$ 1.516.056	$ 0	$ 242.600	$ 0	$ 0	$ 189.800	$ 15.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 448.100	$ 0	$ 448.100

IV.INFORMACION

Día hábil de pago sin mora
13

Periodo de cotización salud											
Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☑	☐	☐	☐	☐	☐

Cafam-Colsubsidio-Mercadroguerías Cafam-Colsubsidio-

8888031679200000000991231

Grupo Éxito-Bancompartir-Comfandi Grupo Éxito-Bancompartir

(415)7709998485884(8020)8803167920(3900)0000000(96)20991231

Señor aportante recuerde realizar el pago de sus aportes al Sistema General de Seguridad Social dentro de las fechas límite establecidas y evite posibles inconsistencias en la prestación de los servicios con sus administradoras.

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

Escaneado con CamScanner