SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL BOYACÁ
CENTRO MINERO-BOYACÁ

Código Regional	**15**
Código Centro	**911110**
Fecha Elaboración	**Septiembre de 2020**
Versión	**AGOSTO 2020 - 5,20**
ID de Proceso	**10580-921655**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	MANUEL FELIPE PARRA ALBARRACIN	**C.C.**	9.399.389	**IP/Nº de contacto**	3134895702
Correo electrónico contratista:	mparraa@sena.edu.co				

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** 6952012765

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: N/A

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: 1361517/2020 **Nº Compromiso SIIF** **9020**

Valor Total del Contrato	$ 32.517.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 8.430.333	**8**	**Del**	**01/09/2020**	**Al**	**30/09/2020**	**$ 3.613.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 4.817.333		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.613.000	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	**$ 3.613.000**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.129.775**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**		**$ 0**

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

	Septiembre	**Agosto**
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**4348782361**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.445.200	$ 1.445.200
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 180.700	$ 180.700
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 231.300	$ 231.300
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	$ -	
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	$ 361.300	
Salud hasta $ 569.712	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 709.925	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.129.775,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.201.000,00	
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 - 8299	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	**$ 3.613.000,00**	

SON: TRES MILLONES SEISCIENTOS TRECE MIL PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

De acuerdo con la contingencia por el COVID-19 se realizan actividades del 01 al 30 de Septiembre del 2020,Siguiendo las directrices del Sena en la planeación de actividades para la formación virtual.
Se imparte formación virtual a las Fichas: 1842123, 1852405, 2073348, 1846856, 2074020, 2073350.En el Programa de Manejo Ambiental y Manejo Integral de Residuos Sólidos. En los Municipios de Cómbita, Duitama y Sogamoso.
Se participa activamente en las reuniones virtuales programadas por el Líder de Articulación, por Microsoft Teams.

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.

MANUEL FELIPE PARRA ALBARRACIN
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,

ECCEHOMO SUAREZ GUTIERREZ
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

JUAN CARLOS PINILLA HOLGUIN
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	9399389
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MANUEL FELIPE PARRA ALBARRACÍN
CIUDAD/MUNICIPIO:	SOGAMOSO	DEPARTAMENTO:	BOYACA
DIRECCIÓN:	CALLE 3A SUR 14-15	TELÉFONO:	7777777
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4348782361**		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):		2020/08/26	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9991622843

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 231.300
SUBTOTAL:			1	**$ 231.300**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900156264	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	$ 180.700
SUBTOTAL:			1	**$ 180.700**

TOTAL PAGADO:	**$ 412.000**

Planilla Pagada
SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	9399389
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MANUEL FELIPE PARRA ALBARRACÍN
CIUDAD/MUNICIPIO:	SOGAMOSO	DEPARTAMENTO:	BOYACA
DIRECCIÓN:	CALLE 3A SUR 14-15	TELÉFONO:	7777777
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**4348782361**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES agosto	AÑO 2020	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES agosto	AÑO 2020
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2020/08/26	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9991622843

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	$ 231.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 231.300	$ 0	$ 231.300
SUBTOTALES:										**$ 231.300**	**$ 0**	**$ 231.300**

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	$ 180.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 180.700	$ 0	$ 0	$ 180.700
SUBTOTALES:													**$ 180.700**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 180.700**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																										PARAFISCALES						
																										PENSIÓN										SALUD								ARP																		
Nº	IDENTIFICACIÓN	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	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	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	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 9399389	PARRA ALBARRACIN MANUEL FELIPE	INDEPEND		$ 1.445.200				NO																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.445.200	$ 231.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 231.300	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.445.200	$ 180.700	$ 0	$ 180.700			$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 412.000**

Planilla Pagada

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Sogamoso, Septiembre de 2020

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (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.	**1.054.285.000**	**ANDRES FELIPE PARRA MARTÍNEZ**	**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: MANUEL FELIPE PARRA ALBARRACÍN
C.C. 9.399.389

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1054285000

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 39373795

39373795

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [3] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código E 2 N

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

COLOMBIA BOYACA SOGAMOSO NOTARIA TERCERA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
PARRA . - -	MARTINEZ . -

Nombre(s)

ANDRES FELIPE . - - -

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2007 Mes MAY Día 30	MASCULINO.- -	A	POSITIVO.-

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

COLOMBIA BOYACA SOGAMOSO

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO DE NACIDO VIVO. - -	7761116.

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

MARTINEZ PRIETO MELBA DORIS . - -

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C No. 23.449.500 DE CORRALES. - -	COLOMBIANA .

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

PARRA ALBARRACIN MANUEL FELIPE.- -

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.No. 9.399.389 DE SOGAMOSO. - -	COLOMBIANO -

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

PARRA ALBARRACIN MANUEL FELIPE/- - -

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C.No. 9.399.389 DE SOGAMOSO	

Datos primer testigo

EL NOTARIO TERCERO DEL CIRCULO DE SOGAMOSO CERTIFICA QUE EL CONTENIDO DE ESTE DOCUMENTO CORRESPONDE EXACTAMENTE AL DEL ORIGINAL QUE SE ENCUENTRA EN EL ARCHIVO DE ESTA NOTARIA

10 JUL 2019

EL NOTARIO

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

REPUBLICA DE COLOMBIA NOTARIA TERCERA SOGAMOSO BOY. EDGAR ELOA ULLOA NOTARIO

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2007 Mes JUN Día 14	GUSTAVO PEDRAZA GUTIERREZ. Nombre y Firma

REPUBLICA DE COLOMBIA NOTARIA TERCERA GUSTAVO PEDRAZA GUTIERREZ NOTARIO SOGAMOSO - BOYACA

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	GUSTAVO PEDRAZA GUTIERREZ. Nombre y Firma

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO—