

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL QUINDÍO		Código Regional	63
			Código Centro	923110
			Fecha Elaboración	Septiembre de 2020
			Versión	AGOSTO 2020 - 5,20
CENTRO PARA EL DESARROLLO TECNOLÓGICO DE LA CONSTRUCCIÓN FP			ID de Proceso	69724-475726
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista:		JORGE IVAN OCAMPO OROZCO	C.C.	18.395.085
Correo electrónico contratista:		jiocampo@sena.edu.co	IP/N° de contacto	62856
Régimen del IVA:		NO RESPONSABLE	Pertenece al régimen simple de tributación?	NO
			Es declarante de renta?	SI
			Es Pensionado?	NO
Sus ingresos en el 2019 Superaron \$47.978.000		SI	Inducción SST	SI
			Presta Servicios Excluidos de IVA ?	SI
Banco al cual consignar:		BANCOLOMBIA	Tipo de cta	AHORROS
			N° Cuenta	6937788272
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				
N° del contrato:	1326582/2020	N° Compromiso SIIF	5920	
Valor Total del Contrato	\$ 38.726.667	N ° Pago	8	
Saldo Anterior del Contrato	\$ 13.073.334	Periodo objeto de pago	Del 01/09/2020 Al 30/09/2020	
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 9.373.334	Comisiones	\$ 0,00	
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios	\$ 3.700.000	Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°	0,00%	
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0	
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0	Menos, Rete Fuente Otros Ingresos	\$ 0	
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 3.700.000	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0	
BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE	\$ 2.181.150			
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	Septiembre	Agosto	Valor Base retención en la fuente	2.181.150,00
Ingreso Base de Cotización - IBC	9410116893		Valor Base retención en la fuente ICA	3.278.200,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 1.480.000	\$ 1.480.000	Valor base IVA	0,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 185.000	\$ 185.000	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00 19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ 236.800	\$ 236.800	Menos Retención en la Fuente	0,00 0,00%
ARL V	\$ -	\$ 0	Menos Retención IVA	0,00 15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -	\$ 0	Reteica - 8299	0,00 0,000%
Aportes voluntarios a cuentas AFC	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	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	\$ -	\$ -	Descuentos de Libranza	0,00
Dependientes hasta \$ 1.139.424	\$ 370.000	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00
Salud hasta \$ 569.712	\$ -	\$ -	VALOR A PAGAR	\$ 3.700.000,00
Renta Exenta 25% \$ 8.545.680	\$ 727.050	\$ -		
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	\$ -		
SON: TRES MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
<p>El contratista en cumplimiento de sus funciones realiza las debidas actividades de su objeto contractual tales como:</p> <p>impartir formación profesional integral en los programas del area de construcción asignados para el tercer trimestre de formación</p> <p>realizar seguimiento a pasantes en etapa productiva de los diferentes programas del FIC</p> <p>participar en la oferta educativa para el mes de octubre</p> <p>sin exceder las 160 horas correspondientes al mes</p>				
PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:			JORGE IVAN OCAMPO OROZCO EL CONTRATISTA	
<p>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.</p>				
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO				
<p>En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:</p> <p>1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;</p> <p>2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;</p> <p>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.</p>			Autorizo el presente pago. El Supervisor,	
			CARLOS ANDRES LOAIZA MARTINEZ 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				
ANSTRONG ALBERTO GOMEZ RIOS SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)				

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 18395085		OCAMPO OROZCO JORGE IVAN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 24 No. 46-16	CALARCA-QUINDIO	7502226	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2020-08	2020-08	738162673		9410116893	I	2020/09/18	2020/09/10	BANCOLOMBIA	\$429,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																					
EMPLEADO			PENSION			SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
1	CC 18395085	OCAMPO OROZCO JORGE IVAN	25-14	30	\$1,480,000	\$236,800	EPS010	30	\$1,480,000	\$185,000		0	\$0	\$0	14-23	30	\$1,480,000	\$7,800	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$1,480,000	\$236,800			\$1,480,000	\$185,000			\$0	\$0			\$1,480,000	\$7,800		\$0	\$0

RESUMEN DE PAGO							
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$236,800	\$0	\$236,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$236,800	\$0	\$236,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$7,800	\$0	\$7,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$7,800	\$0	\$7,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$185,000	\$0	\$185,000
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	\$185,000	\$0	\$185,000
TOTAL				1	\$429,600	\$0	\$429,600

Comprobante

de pago en línea



APORTES EN LINEA

Pago realizado por: ELEONORA HERNANDEZ GOMEZ

Nro. de recibo: 9410116893

Descripción del pago: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9410116893

Identificación del contribuyente: 201.233.224.161

Concepto: CC

Razón Social: 18395085

Fecha y hora de la transacción: Jueves 10 de Septiembre de 2020 08:04:00 AM

Nro. de comprobante: 0000076474

Valor pagado: \$ 429,600.00

Cuenta: *****4675

BANCOLOMBIA S.A. Institución Bancaria

Superintendencia Financiera de Colombia

VIGILADO

Bancolombia S.A.

Comuníquese con nuestra Sucursal Telefónica Bancolombia: Bogotá 343 0000 - Medellín 510 9000 - Cali 554 0505 - Barranquilla 361 8888 - Cartagena 693 4400 - Bucaramanga 697 2525 - Pereira 340 1213 - El resto del país 01 800 09 12345 - Sucursales Telefónicas en el exterior: España 900 995 717 - Estados Unidos 1866 379 9714, en caso de recibir una alerta o notificación de una transacción que presenta alguna irregularidad.

Bancolombia nunca le solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospchoso@bancolombia.com

Armenia, septiembre 2020

Señores
Grupo de Apoyo Administrativo Mixto
Servicio Nacional de Aprendizaje SENA
Ciudad

Asunto: Solicitud deducible retención en
fuente por dependientes

Estimados señores:

Con la presente solicito que de acuerdo con el Artículo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el Artículo 2º. Párrafo 3ro. del Decreto 099 del 2013, se tenga en cuenta como deducible de mis ingresos brutos provenientes de la relación laboral por el concepto de dependientes, los cuales relaciono a continuación:

Apellidos y Nombre	Documento Identidad	Calidad del Dependiente
Esteban Ocampo Hernandez	Tl. 1092855703	1. Hijos menores 18 años.

Certifico bajo la gravedad de juramento la información consignada en esta solicitud y me comprometo a enviar solicitud de revocación de aplicación del deducible por dependientes en el caso en que cesen las condiciones que dan origen a esta solicitud.

Cordialmente,



Jorge Ivan Ocampo Orozco
CC 18.395.085 de Calarcá

Anexo: Relación de documentos que anexa el trabajador.

- Registro civil de nacimiento

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

NUIP 1092855703

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

51191508

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina													
Registraduría	☐	Notaría	☒	Número	05	Consulado	☐	Corregimiento	☐	Inspección de Policía	☐	Código	5011
País - Departamento - Municipio - Corregimiento a/o Inspección de Policía													
COLOMBIA / QUINDÍO / ARMENIA													

Datos del inscrito																	
Primer Apellido							Segundo Apellido										
OCAMPO							HERNANDEZ										
Nombre(s)																	
ESTEBAN																	
Fecha de nacimiento																	
Año	2	0	1	1	Mes	D	I	C	Día	0	7	Sexo (en letras)	MASCULINO	Grupo sanguíneo	AB	Factor RH	POSITIVO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento a/o Inspección)																	
COLOMBIA / QUINDÍO / ARMENIA																	

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos										Número certificado de nacido vivo			
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO *****										11002204-2			

Datos de la madre																	
Apellidos y nombres completos																	
HERNANDEZ GOMEZ ELEONORA *****																	
Documento de identificación (Clase y número)																	
C.C. No. 33.817.884 CALARCÁ, QUINDÍO *****																	
Nacionalidad																	
COLOMBIANA																	

Datos del padre																	
Apellidos y nombres completos																	
OCAMPO OROZCO JORGE IVAN *****																	
Documento de identificación (Clase y número)																	
C.C. No. 18.395.085 CALARCÁ, QUINDÍO *****																	
Nacionalidad																	
COLOMBIANA																	

Datos del declarante																	
Apellidos y nombres completos																	
OCAMPO OROZCO JORGE IVAN *****																	
Documento de identificación (Clase y número)																	
C.C. No. 18.395.085 CALARCÁ, QUINDÍO *****																	
Firma																	
Jorge Ivan Ocampo																	

Datos primer testigo																	
Apellidos y nombres completos																	

Documento de identificación (Clase y número)																	

Firma																	

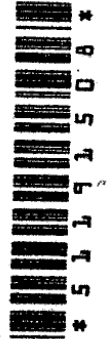
Datos segundo testigo																	
Apellidos y nombres completos																	

Documento de identificación (Clase y número)																	

Firma																	

Fecha de inscripción										Nombre y firma del funcionario que autoriza									
Año	2	0	1	1	Mes	D	I	C	Día	0	9	JOSE RAMIRO GARCIA LADINO							
Nombre y firma																			

125



SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO