

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL ANTIOQUIA CENTRO DE TECNOLOGIA DE LA MANUFACTURA AVANZADA-ANTIOQUIA		Código Regional 5
			Código Centro 920410
			Fecha Elaboración Septiembre de 2020
			Versión AGOSTO 2020 - 5.20
			ID de Proceso 60600-874266

DATOS DEL CONTRATISTA			
Nombres y apellidos contratista: Correo electrónico contratista:	EDWIN ANDRÉS MEDINA MOGOLLÓN emedinam@sena.edu.co	C.C. 74.183.945	IP/Nº de contacto 3144032414
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	26255125370
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:	1358317/2020	Nº Compromiso SIIF	22420
Valor Total del Contrato	\$ 37.319.628	Nº Pago	8
Saldo Anterior del Contrato	\$ 12.644.479	Periodo objeto de pago	Del 01/09/2020 Al 30/09/2020
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 8.961.621	Comisiones	\$ 0,00

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Ingresos por honorarios	\$ 3.682.858	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		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 3.682.858	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 2.170.929	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR					
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	Septiembre	Agosto	Valor Base retención en la fuente	2.170.929,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.473.143	\$ 1.473.143	Valor Base retención en la fuente ICA	3.262.858,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 184.200	\$ 184.200	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 235.800	\$ 235.800	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	\$ 7.700	\$ 7.700	Menos Retención IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -	\$ -	Reteica - 8299	0,00	0,000%
Aportes voluntarios a cuentas AFC	\$ -	\$ -	Jaime Isaza Cadavid	14.731,00	0,400%
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	\$ -	\$ -	Descuentos de Libranza	0,00	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Dependientes hasta \$ 1.139.424	\$ 368.286		VALOR A PAGAR	\$ 3.668.127,00	
Salud hasta \$ 569.712	\$ -				
Renta Exenta 25% \$ 8.545.680	\$ 723.643				
Retención en la Fuente Contingente	\$ -				

SON: TRES MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y OCHO MIL CIENTO VEINTISIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO	
Cumplí con carga académica de 5 horas por ficha Durante período de Julio de 2020 Diseño e integración de Multimedia ...sobre los horarios y fechas de formación virtual (Anuncios, grupos de whatsapp, grupos de facebook) Realicé reunión sincrónica con los Docentes pares de cada una de las Instituciones Educativas Actualicé los archivos digitales Informe Ejecutivo Instructor y carpetas de Evidencias Semanales Realicé el ajuste de guías y presentación de evidencias para la formación de Media Técnica modalidad virtual Participé en videoconferencia programada de Revisión de Actividades Instituciones Educativas Gestioné con las I.E cancelación de fichas de estudiantes matriculados en el programa técnico Realicé Planes de Mejoramiento a estudiantes con asistencia/rendimiento académico bajo	

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 ANDRÉS MEDINA MOGOLLÓN EL CONTRATISTA
--	--

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO	
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí 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, JOHN ALONSO MONSALVE JARAMILLO 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

GUSTAVO LOPEZ DE MESA GUTIERREZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 74183945
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	EDWIN ANDRES MEDINA MOGOLLON	
CIUDAD/MUNICIPIO:	SABANETA	DEPARTAMENTO: ANTIOQUIA
DIRECCIÓN:	CALLE 53C SUR #40B-160	TÉLEFONO: 5593240
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:	4349566761	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: agosto	PERIODO COTIZACIÓN MES: agosto
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2020	SALUD: AÑO: 2020
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2020/09/07	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 9991809160

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800227940	231001	231001-COLFONDOS	1	\$ 235.800
SUBTOTAL:			1	\$ 235.800
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
804002105	ESSC33	ESSC33-COMPARTA	1	\$ 184.200
SUBTOTAL:			1	\$ 184.200
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	\$ 7.700
SUBTOTAL:			1	\$ 7.700

TOTAL PAGADO:	\$ 427.700
----------------------	-------------------

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Medellín, 30 de Septiembre 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 empleado contribuyente y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el parágrafo cuarto del artículo segundo del Decreto 0099 de 2013, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO	1029663767	ANA GABRIELA MEDINA VALENZUELA	HIJO
REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO	1052844336	ANDRÉS FELIPE MEDINA VALENZUELA	HIJO
REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO	1052845486	ANDRÉS SANTIAGO MEDINA VALENZUELA	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

EDWIN ANDRÉS MEDINA MOGOLLÓN

C.C. 74183945 DE SOGAMOSO

UR SELL PRO para SU
N PROTECCION
ED for YOUR SELL LA
TECCION PRO
0881033-6

Arbustivo Copia
Registro Civil PRO

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 4 1530910

Fecha de inscripción										Nombre y firma del funcionario que autoriza									
Año			Mes			Día													
2008			AGO			21			HEIMIRIO PAIPILLA GRANADOS*****										
										Nombre y firma									

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

NUIP 1052844336

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 52605643

*
E
4
P
5
0
P
2
5
*

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐	Notaría ☒	Número 12	Consulado ☐	Corregimiento ☐	Inspección de Policía ☐	Código 1471
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía						
COLOMBIA BOYACA DUITAMA						

Datos del inscrito

Primer Apellido MEDINA				Segundo Apellido VALENZUELA			
Nombre(s) ANDRES FELIPE							
Fecha de nacimiento				Sexo (en letras)		Grupo sanguíneo	
Año	2	0	1	Mes	0	Día	2
				MASCULINO		POSITIVO	
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)							
COLOMBIA BOYACA DUITAMA							

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos CERTIFICADO DE NACIDO VIVO.	Número certificado de nacido vivo 119766420
--	--

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos VALENZUELA OJEDA ANA ELVIRA	
Documento de identificación (Clase y número) C. DE C. 1.052.385.068 DE DUITAMA	Nacionalidad COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos MEDINA MOGOLLON EDWIN ANDRES	
Documento de identificación (Clase y número) C. DE C. 74.183.945 DE SOGAMOSO	Nacionalidad COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos VALENZUELA OJEDA ANA ELVIRA	
Documento de identificación (Clase y número) C. DE C. 1.052.385.068 DE DUITAMA	Firma

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 2013 Mes MAR Día 05	HERNAN RODRIGUEZ LEE
Nombre y firma	



- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

55521807

NUIP

1052045486

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código 1 4 7 1

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

COLOMBIA BOYACA DUITAMA

Datos del inscrito

Primer Apellido

MEDINA

Segundo Apellido

VALENZUELA

Nombre(s)

ANDRES SANTIAGO

Fecha de nacimiento

Año 2 0 1 5 Mes 1 1 Día 2 8 Sexo (en letras) MASCULINO Grupo sanguíneo O Factor RH POSITIVO

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

COLOMBIA BOYACA DUITAMA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO.

Número certificado de nacido vivo

53051109-4

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

VALENZUELA OJEDA ANA ELVIRA

Documento de identificación (Clase y número)

C. DE C. 1.052.385.968 DE DUITAMA

Nacionalidad

COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

MEDINA MOGOLLON EDWIN ANDRES

Documento de identificación (Clase y número)

C. DE C. 74.183.945 DE SOGAMOSO

Nacionalidad

COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

MEDINA MOGOLLON EDWIN ANDRES

Documento de identificación (Clase y número)

C. DE C. 74.183.945 DE SOGAMOSO

Firma

ANDRES MEDINA M.

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

Año 2 0 1 5 Mes D I C Día 0 4

Nombre y firma del funcionario que autoriza

Rosa Stella Colbariza Merchán
NOTARIO PRIMERO DUITAMA BOY
ENCARGADO

Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -