

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL BOYACÁ CENTRO DE DESARROLLO AGROPECUARIO Y AGROINDUSTRIAL		Código Regional	15
			Código Centro	911010
			Fecha Elaboración	Septiembre de 2020
			Versión	AGOSTO 2020 - 5,20
			ID de Proceso	69042-262924

DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista: CARLOS HERNAN CAMARGO BALLESTEROS Correo electrónico contratista: ccamargob@sena.edu.co		C.C. 74.359.810	IP/N° de contacto 3125293751	
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	N° Cuenta 26225087911		
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: 1373031/2020	N° Compromiso SIIF 18820			
Valor Total del Contrato \$ 35.882.826	N° Pago 8	Periodo objeto de pago		Valor Bruto Pago \$ 3.612.365,00
Saldo Anterior del Contrato \$ 12.161.629	Del 01/09/2020	Al 30/09/2020		
Nuevo Saldo del Contrato \$ 8.549.264	Comisiones \$ 0,00			

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios \$ 3.612.365	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 \$ 3.612.365	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO \$ 0			
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 2.129.421				

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 2.129.421,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC \$ 1.444.946	9409648394	9409648394	Valor Base retención en la fuente ICA 3.200.465,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud \$ 180.700	\$ 180.700	\$ 180.700	Valor base IVA 0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión \$ 231.200	\$ 231.200	\$ 231.200	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 II \$ 15.100	\$ 15.100	\$ 15.100	Menos Retención IVA 0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias \$ -	\$ -	\$ -	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 \$ -	\$ -	\$ -	Otras Retenciones 0,00	0,000%
Dependientes hasta \$ 1.139.424 \$ 361.237	\$ 361.237	\$ 361.237	Descuentos de Libranza 0,00	
Salud hasta \$ 569.712 \$ -	\$ -	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00	
Renta Exenta 25% \$ 8.545.680 \$ 709.807	\$ 709.807	\$ 709.807	VALOR A PAGAR \$ 3.612.365,00	
Retención en la Fuente Contingente \$ -	\$ -	\$ -		

SON: TRES MILLONES SEISCIENTOS DOCE MIL TRESCIENTOS SESENTA Y CINCO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO	
01 al 04 de Septiembre. PAYA 11° 1852750 Podar material. 10° 2061813. Disponer residuos. DUITAMA 11° 1852632 - PISBA 11° 1866633 MIC. 07 al 09 de Septiembre. SANTA ROSA 11° 1846624 Cosechar productos. DUITAMA 10° 2061752. Disponer residuos. PAYA 11° 1852750. Podar. 10 y 11 de Septiembre. SANTA ROSA 10° 2062493 Disponer residuos de cosecha. TOCA 11° 1858512. Podar y deshojar el material vegetal. 14 y 15 de Septiembre. ESTADÍSTICA. Realizar entrega de avances del contrato. TOCA. 11° 1858512. Seleccionar productos a cosechar. 16 al 18 de Septiembre. DUITAMA 10° 2061752 Disponer residuos. 11° 1852632 Calibrar Equipos. LA/GRANDE 10° 2061783 Disponer residuos. 21 al 22 de Septiembre. PAYA. 11° 1852750. Seleccionar en el lote productos a cosechar. Recolectar producto según estados de madurez. 23 al 25 de Septiembre. LA/GRANDE 11° 1866593 Seleccionar en lote productos a cosechar. PISBA 11° Seleccionar productos a cosechar. 28 y 29 de Septiembre. PAIPA. 11. 1853448. Seleccionar en el lote productos a cosechar. Recolectar producto según estados de madurez. 30 de Septiembre. DUITAMA. 10° 2061752. Alistar maquinaria, equipos y herramientas. Operar maquinaria y equipos según indicaciones.	

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.		CARLOS HERNAN CAMARGO BALLESTEROS 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, LUIS ALEJANDRO AGUIRRE CAMACHO INSTRUCTOR G19

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

IVAN MAURICIO ROJAS RUIZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Duitama, 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:

NUIP - NIP	1052838017	MARIAPAULA CAMARGO PIZA	HIJO
-------------------	-------------------	--------------------------------	-------------

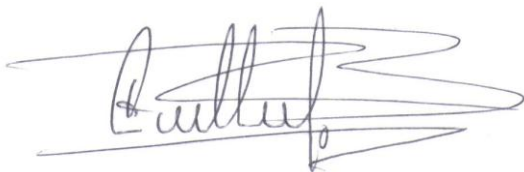
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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,

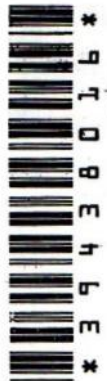


CARLOS HERNÁN CAMARGO BALLESTEROS
C.C. 74.359.810 de PAIPA

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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



NUIP	1052838017
------	------------

**REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO**

Indicativo Serial 39438016 DYX

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina							
Registraduría ☐	Notaría ☒	Número <input type="text" value="18"/>	Consulado ☐	Corregimiento ☐	Inspección de Policía ☐	Código	14 7 1
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía							
COLOMBIA, BOYACA, DUITAMA							

Datos del inscrito			
Primer Apellido		Segundo Apellido	
CAMARGO		PIZA	
Nombre(s)			
MARIAPAUOLA			
Fecha de nacimiento		Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo
Año	Mes	Día	Factor RH
2 0 0 5	1 1	1 5 FEMENINO	0 POSITIVO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)			
COLOMBIA, BOYACA, DUITAMA			

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO	A 6637664

Datos de la madre	
Apellidos y nombres completos	
PIZA CASTILLO DORIS SIRLEY	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 46.451.577 DE DUITMA	COLOMBIANA

Datos del padre	
Apellidos y nombres completos	
CAMARGO BALLESTEROS CARLOS HERNAN	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 74.359.810 DE PAIPA	COLOMBIANO

Datos del declarante	
Apellidos y nombres completos	
CAMARGO BALLESTEROS CARLOS HERNAN	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. 74.359.810 DE PAIPA	

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 0 5 Mes 1 2 Día 1 5	
	Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS	
ENMENDADO DUITAMA, VALE	

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -