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	**Octubre de 2020**
Versión	**AGOSTO 2020 - 5,20**
ID de Proceso	**31931-845612**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: EDWIN AGUIRRE GALEANO
Correo electrónico contratista: eaguirre88@misena.edu.co
C.C. 14.572.288 **IP/Nº de contacto** 23609

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 NO **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** NO

Banco al cual consignar: BANCO CAJA SOCIAL **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 24059006246

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: 1339476/2020 **Nº Compromiso SIIF** **9020**

Valor Total del Contrato	$ 32.039.902	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**			**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 6.518.800	**9**	**Del**	**01/10/2020**	**Al** **31/10/2020**	**$ 3.259.400,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 3.259.400		Comisiones		$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.259.400		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	**$ 3.259.400**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.921.320**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Octubre	**Septiembre**
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**9411079779**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.303.760	$ 1.303.760
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 163.000	$ 163.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 208.700	$ 208.700
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 6.900	$ 6.900
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	$ 325.940	
Salud hasta $ 569.712	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 640.440	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	1.921.320,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	2.887.700,00	
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	5.775,00	0,200%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Pro-UCEVA	16.297,00	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	**$ 3.237.328,00**	

SON: TRES MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS VEINTIOCHO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Durante el mes en curso se imparte formación con estrategias virtuales a las fichas programadas para el presente mes en los programas Técnico en Sistemas, Asistencia Administrativa, Contabilización de Operaciones y financieras, Operación Turística Local.

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 AGUIRRE GALEANO
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, octubre de 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:

C.C.	**31.400.676**	**María Lucía Galeano Valencia**	**MADRE**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Padre o hermano que se encuentra en situación de dependencia, por ingresos en el año menores a 260 UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.

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: EDWIN AGUIRRE GALEANO

C.C. 14.572.288

NO IMPRIMA ESTA HOJA ES SOLAMENTE DE CARÁCTER INFORMATIVO

REQUISITOS PARA DEDUCCIONES POR DEPENDIENTES

En el siguiente cuadro se relacionan los requisitos y documentos que se deben adjuntar para poder acceder al beneficio de disminución de retención en la fuente, por dependientes:

DEDUCCION	CONCEPTO	REQUISITOS
DEPENDIENTES	Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad.	Registro civil de nacimiento
	Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES ' o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.	Recibo de pago de matrícula de instituciones debidamente acreditadas
	Los hijos del contribuyente mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Medicina Legal
	El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal
	Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal

Isabel Contadora
ROJAS RINCÓN
ESP. EN GERENCIA FINANCIERA

CERTIFICO QUE:

Para los efectos establecidos por la norma establecida en el numeral 4 del parágrafo 2 del art. 387 del E.T, la señora **MARÍA LUCÍA GALEANO** identificada con cédula de ciudadanía número 31.400.676 de Cartago - Valle, Residente en el municipio de Cartago -Valle y de ocupación ama de casa, es actualmente la Madre del señor **EDWIN AGUIRRE GALEANO,** identificado con cédula de ciudadanía número 14.572.288 de Cartago - Valle del Cauca, domiciliado en la Calle 15 No 10ª 33 piso 2 barrio Villa del Mar en Cartago - Valle.

Que en la actualidad la señora **MARÍA LUCÍA GALEANO** no obtiene ingresos propios por lo cual se cumplen los criterios para que la señora **MARÍA LUCÍA GALEANO** pueda figurar como dependiente del señor **EDWIN AGUIRRE GALEANO.**

La presente certificación se expide por solicitud del señor **EDWIN AGUIRRE GALEANO**

Se firma en Cartago – Valle, en el mes de octubre de 2020.

Trinidad Isabel Rojas Rincón.

TRINIDAD ISABEL ROJAS RINCÓN
Contadora Pública – Especialista en Gerencia Financiera
C.C. 29.901.636 de Trujillo, Valle
Tarjeta Profesional 174306-T

Carrera 13 No. 13-21 – Cel. 315 304 93 52 – isarojas09@hotmail.com
Cartago, Valle del Cauca – Colombia

Isabel Contadora
ROJAS RINCÓN
ESP. EN GERENCIA FINANCIERA

La siguiente documentación se anexa para uso exclusivo de la información solicitada a por el señor **EDWIN AGUIRRE GALEANO.**

Carrera 13 No. 13-21 – Cel. 315 304 93 52 – isarojas09@hotmail.com
Cartago, Valle del Cauca – Colombia

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 14572288		AGUIRRE GALEANO EDWIN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 15 a N° 10 a 33	CARTAGO-VALLE	2148434	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-09	2020-09	754954336	9411079779	I	2020/10/22	2020/09/28	BANCO CAJA SOCIAL	0	$378,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC	14572288	AGUIRRE GALEANO EDWIN	230301	30	$1,303,760	$208,700	EPS018	30	$1,303,760	$163,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,303,760	$6,900	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					**$1,303,760**	**$208,700**			**$1,303,760**	**$163,000**			**$0**	**$0**			**$1,303,760**	**$6,900**		**$0**	**$0**

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,700	$0	$0	$208,700
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$208,700	$0	$0	$208,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,900	$0	$0	$6,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$6,900	$0	$0	$6,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$163,000	$0	$0	$163,000
S.O.S. SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.	EPS018	805,001,157	2	1	$163,000	$0	$0	$163,000
TOTAL				**1**	**$378,600**	**$0**	**$0**	**$378,600**

2020/09/28 04:17 PM