

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES		Código Regional	76
	REGIONAL VALLE		Código Centro	954310
	CENTRO DE TECNOLOGIAS AGROINDUSTRIALES-VALLE - SERVICIOS PRESTA		Fecha Elaboración	Octubre de 2020
			Versión	AGOSTO 2020 - 5,20
			ID de Proceso	21027-622929
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista:		RITO ALFONSO SALAZAR MOYA rsalazar@sena.edu.co	C.C.	93.387.895
Correo electrónico contratista:		IP/N° de contacto		
Régimen del IVA:		NO RESPONSABLE	Pertenece al régimen simple de tributación?	NO
Sus ingresos en el 2019 Superaron \$47.978.000		NO	Es declarante de renta?	SI
Banco al cual consignar:		BANCO CAJA SOCIAL	Es Pensionado?	NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2020 supera los \$ 117.503.000		NO	Presta Servicios Excluidos de IVA ?	
Tiene contratos de prestación de servicios con otras Entidades Públicas:		N/A	N° Cuenta	
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	24049176869	
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:	1346163/2020	N° Compromiso SIIF	11220	
Valor Total del Contrato	\$ 37.269.808	N° Pago	Periodo objeto de pago	
Saldo Anterior del Contrato	\$ 7.580.300	9	Del	Al
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 3.790.150		01/10/2020	31/10/2020
			Comisiones	\$ 0,00
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios	\$ 3.790.150	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	\$ 3.790.150	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 2.234.201			
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	Octubre	Septiembre	Valor Base retención en la fuente	2.234.201,00
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.516.060	\$ 1.516.060	Valor Base retención en la fuente ICA	3.357.950,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 189.600	\$ 189.600	Valor base IVA	0,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 242.600	\$ 242.600	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00
ARL	\$ 8.000	\$ 8.000	Menos Retención IVA	0,00
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -	\$ -	Reteica - 8523	6.716,00
Aportes voluntarios a cuentas AFC	\$ -	\$ -		0,00
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.128.000	\$ -	\$ -	Pro-UCEVA	18.951,00
Intereses Prestamo de Vivienda	\$ 3.560.700	\$ -	Universidad del Pacífico	0,00
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Aportes A.R.L. de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Descuentos de Libranza	0,00
Dependientes hasta	\$ 1.139.424	\$ 379.015	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00
Salud hasta	\$ 569.712	\$ -	VALOR A PAGAR	\$ 3.764.483,00
Renta Exenta 25%	\$ 8.545.680	\$ 744.734		
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	\$ -		
SON: TRES MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y TRES PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Durante el mes en curso realicé las siguientes funciones: Seguimiento aprendices etapa productiva				
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.			RITO ALFONSO SALAZAR MOYA EL CONTRATISTA	
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO				
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:			Autorizo el presente pago. El Supervisor,	
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.			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:

T.I.	1.105.468.531	Melanny Stephania Salazar Sanabria	HIJO
------	---------------	------------------------------------	------

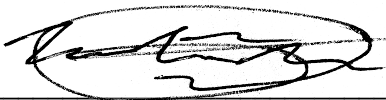
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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: RITO ALFONSO SALAZAR MOYA

C.C. 93.387.895

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

NUIP 1105468531

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 41629892

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registro ☐ Notaria ☒ Número 03 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código 738

COLOMBIA * * * * * TOLIMA * * * * * IBAGUE * * * * *

Datos del inscrito

Primer Apellido SALAZAR * * * * * Segundo Apellido SANABRIA * * * * *

Nombre(s) MELANNY STEPHANIA * * * * *

Fecha de nacimiento Año 2008 Mes OCT Día 10 Sexo (en letras) FEMEBINO Grupo Sanguíneo 0 Factor RH POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección) COLOMBIA * * * * * TOLIMA * * * * * IBAGUE * * * * *

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos CERTIFICADO NACIDO VIVO * * * * * Número certificado de nacimiento 51153444-8 * *

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos SANABRIA MEDINA AYDA XIMENA * * * * *

Documento de identificación (Clase y número) CC 1,110,470,482 DE IBAGUE * * * * * Nacionalidad COLOMBIANA * *

Datos del padre

Apellidos y nombres completos SALAZAR MOYA RITO ALFONSO * * * * *

Documento de identificación (Clase y número) CC 93,387,895 * DE IBAGUE * * * * * Nacionalidad COLOMBIANA * *

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos SALAZAR MOYA RITO ALFONSO * * * * *

Documento de identificación (Clase y número) CC 93,387,895 * DE IBAGUE * * * * *

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos * * * * *

Documento de identificación (Clase y número) * * * * * DE * * * * * Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos * * * * *

Documento de identificación (Clase y número) * * * * * D * * * * * Firma

Fecha de inscripción Año 2008 Mes OCT Día 24 Nombre y firma del funcionario autorizador MANUEL RAMON CARDOSO NINRA

Reconocimiento paterno Nombre y firma del funcionario ante quien se hizo el reconocimiento MANUEL RAMON CARDOSO NINRA

ESPACIO PARA NOTAS
LIBRO DE VARIOS FOLIO N° 002 LIBRO N° 143 D# 24-10-2008

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.105.468.531**

SALAZAR SANABRIA

APELLIDOS

MELANNY STEPHANIA

NOMBRES

melanny stephania

Salazar Sanabria
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO

10-OCT-2008

**IBAGUE
(TOLIMA)**

LUGAR DE NACIMIENTO

10-OCT-2026

FECHA DE VENCIMIENTO

13-MAY-2016 PEREIRA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

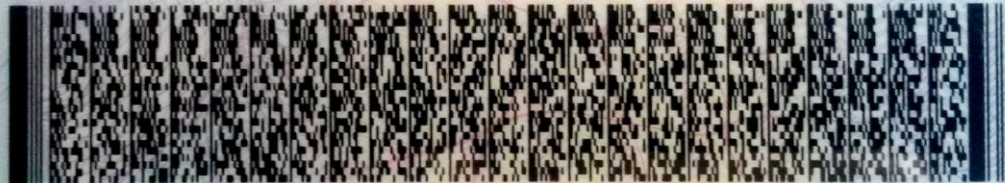
O+

G S RH

F

SEXO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



P-2400100-00833964-F-1105468531-20160602

0049952336A 1

46189375

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 93387895
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	RITO ALFONSO SALAZAR MOYA	
CIUDAD/MUNICIPIO:	PEREIRA DEPARTAMENTO:	RISARALDA
DIRECCIÓN:	MZ9B CS4 BELMONTE	TELÉFONO: 3333333
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:	4355930163	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: septiembre	PERIODO COTIZACIÓN MES: septiembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2020	SALUD: AÑO: 2020
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2020/10/16	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 9992329498

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800229739	230201	230201- PROTECCION	1	\$ 242.800
SUBTOTAL:			1	\$ 242.800
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800130907	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1	\$ 189.700
SUBTOTAL:			1	\$ 189.700
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	\$ 8.000
SUBTOTAL:			1	\$ 8.000

TOTAL PAGADO:	\$ 440.500
----------------------	-------------------