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 -SE

Código Regional	**5**
Código Centro	**920410**
Fecha Elaboración	**Octubre de 2020**
Versión	**AGOSTO 2020 - 5,20**
ID de Proceso	**70999-090921**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: MIGUEL ANGEL SUAREZ RIVAS
Correo electrónico contratista: masuarez@sena.edu.co
C.C. 3.377.983 **IP/Nº de contacto** 43402

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 ?** SI

Banco al cual consignar: BANCOLOMBIA **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 58087323909

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: 1333055/2020 **Nº Compromiso SIIF** **5220**

Valor Total del Contrato	$ 37.337.436	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 9.037.086	**9**	**Del**	**01/10/2020**	**Al**	**31/10/2020**	**$ 3.567.271,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 5.469.815		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.567.271	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	**$ 3.567.271**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.102.808**	**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	----------	**46009377**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.426.908	$ 1.426.908
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 178.400	$ 178.400
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 228.400	$ 228.400
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL III	$ 34.800	$ 34.800
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	$ 356.727	
Salud hasta $ 569.712	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 700.936	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.102.808,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.160.471,00	
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 - 8299	0,00	0,000%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Jaime Isaza Cadavid	14.269,00	0,400%
Otras Retenciones	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	**$ 3.553.002,00**	

SON: TRES MILLONES QUINIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL DOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Imparto formación profesional en fichas: 1964321, 2056779, 2026981.
Realizo cronograma de trabajo basado en las actividades de proyecto, alistamiento de las guías, alistamiento de plataformas SENA
Registro de juicios evaluativos de competencias aprendices que tengo a cargo
Reunión de equipo ejecutor del área para verificar novedades de aprendices
Reuniones y clases por plataformas virtuales

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.

MIGUEL ANGEL SUAREZ RIVAS
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,

HONORIO DE JESUS OLIVEROS GOMEZ
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

compensar | miplanilla.com

REPORTE RESUMEN DE PAGO

Información básica de la planilla

Empresa:	miguel angel suarez rivas	**NIT:**	3377983
Tipo Planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones:**	septiembre 2020
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	septiembre 2020
Número de Radicación:	46009377	**Total a pagar:**	$441,600
Fecha de vencimiento:	31/12/2020	**Total de empleados:**	1
Fecha de Pago:	14/10/2020	**Número de Administradoras:**	3

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de Pago:**	Pago Electronico por PSE
Banco:	CONFIAR COOPERATIVA FINANCIERA	**Número Autorización:**	770709976
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-23	860011153	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1		$0	$34,800
230201	800229739	Proteccion (ING + Proteccion)	1		$0	$228,400
EPS010	800088702	EPS Sura	1		$0	$178,400
						$441,600

***Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Medellín, 31 de 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 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:

T.I.	**1032097242**	**Julieta Suárez Martínez**	**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: Miguel Ángel Suárez Rivas

C.C. 3.377.983

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

COPIA

NUIP 1032097242

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 3 9019506

9019506

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [4] Número [01] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código [0030]

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

Colombia Antioquia Andes.

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
SUAREZ.	MARTINEZ.

Nombre(s)

Juliet a.

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2005 Mes JUL Día 27	femenino.	O	Positivo

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

Colombia Antioquia Andes.

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
Certificado Nacido vivo	A 6388350

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

MARTINEZ MARIN Maricela María.

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
cc. Nro. 43.288.128 Andes Antioquia.	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

SUAREZ RIVAS Miguel Angel

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
cc. Nro. 3.377.983 Andes Antioquia	Colombiano

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

MARTINEZ MARIN Maricela María.

Documento de identificación (Clase y número)

cc. Nro. 43.288.128 Andes Antioquia

Firma

Maricela Martinez Marin.

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

Nota "27" borrado vale

Fecha de inscripción

Año 2005 Mes JUL Día 31

Nombre y firma del funcionario que autoriza

ALVARO LEON HURTADO CUARTAS

NOTARIO

DEPTO. ANT. MUNICIPIO DE ANDES

ALVARO LEON HURTADO CUARTAS

Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -