SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES

REGIONAL ANTIOQUIA

CENTRO TEXTIL Y DE GESTION INDUSTRIAL - ANTIOQUIA - EMPRENDE RURAL

Código Regional	5
Código Centro	920610
Fecha Elaboración	30 de octubre de 2020
Versión	AGOSTO 2020 - 5,20
ID de Proceso	95702-487479

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: / Correo electrónico contratista:	CARLOS ANDRES DEL VALLE PALLARES cdelvalle@sena.edu.co	C.C.	1.065.868.610	IP/Nº de contacto	43317
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 ?	SI		
Banco al cual consignar:	BANCO DE BOGOTA	Tipo de cta	AHORROS	Nº Cuenta	116365073		
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 Nº 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 Nº 558:	N/A				

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato:	1367412/2020			Nº Compromiso SIIF	24220	
Valor Total del Contrato	$ 37.896.000	N ° Pago	Periodo objeto de pago			Valor Bruto Pago
Saldo Anterior del Contrato	$ 8.968.720	9	Del	01/10/2020	Al 31/10/2020	$ 3.789.600,00
Nuevo Saldo del Contrato	$ 5.179.120		Comisiones		$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.789.600	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	**$ 3.789.600**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.518.125**	**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	----------	77651746O1	Valor Base retención en la fuente	2.518.125,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.515.840	$ 1.515.840	Valor Base retención en la fuente ICA	3.357.500,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 189.500	$ 189.500	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 242.600	$ 242.600	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	$ 15.900	$ 15.900	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 8299	0,00	0,000%
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -		-	0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.128.000	$ -		-	0,00	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.560.700	$ -		-	0,00	
Aportes pensión de Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Jaime Isaza Cadavid	15.158,00	0,400%
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	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 569.712	$ -				
Renta Exenta 25% $ 6.545.680	$ 839.375		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (SI tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	$ 3.774.442,00	

SON: TRES MILLONES SETECIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Prestar servicios profesionales de carácter temporal como instructor técnico y apoyo a la gestión del emprendimiento y/o la empleabilidad rural en el marco de los lineamientos del programa SENA Emprende Rural SER.

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 ANDRES DEL VALLE PALLARES
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 periodo 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,

GUILLERMO LEON PELAEZ HENAO
INSTRUCTOR G18

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

OLGA LUCIA LOPERA LOPERA
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Banco de Bogotá

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1065868610
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			CARLOS ANDRES DEL VALLE PALLARES
CIUDAD/MUNICIPIO:	SANTA ROSA DE OSOS	DEPARTAMENTO:	ANTIOQUIA
DIRECCIÓN:	CRA 33 # 31 AA-08 APART 401	TELÉFONO:	2899999
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otros trabajos de edición.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			7765174601	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	septiembre	AÑO 2020	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES septiembre AÑO 2020
DÍAS DE MORA:			0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2020/09/25	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	752287218

TOTAL APORTES A PENSION

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACION	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 242.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 242.600	$ 0	$ 242.600
SUBTOTALES:										**$ 242.600**	**$ 0**	**$ 242.600**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 189.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 189.500	$ 0	$ 0	$ 189.500
SUBTOTALES:													**$ 189.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 189.500**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACION	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 15.900	$ 15.900	$ 0	$ 0	$ 15.900
SUBTOTALES:									**$ 15.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 15.900**

LIQUIDACION DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																								PARAFISCALES							
																									PENSIÓN								SALUD							ARP																	
N°	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COTIZANTE EXTRANJERO	RESIDENTE EN EXTERIOR	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTES	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1065868610	DEL VALLE PALLARES CARLOS ANDRES	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.516.000			NO																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.516.000	$ 242.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 242.600	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.516.000	$ 189.500	$ 0	$ 189.500	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.516.000	0 1065868861	$ 15.900	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 448.000**

Planilla Pagada

CERTIFICADO DEPENDIENTES

SEÑORES
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (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 ciudad 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 relacionada a continuación, tiene (n) la calidad de dependiente a mi cargo:

Registro Civil	1037134559	**LUCIANA DEL VALLE OBREGÓN**	**HIJA**

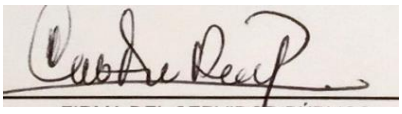
Toda vez cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tenga hasta los 18 años de edad

Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficiario 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 ANDRES DEL VALLE PALLARES
CC 1065868610 DE AGUACHICA – CESAR.

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1037134559

Indicativo Serial 58146136

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 5 4 0

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

COLOMBIA ANTIOQUIA - CHIGORODO NOTARIA 1 CHIGORODO

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
DEL VALLE	OBREGON
Nombre(s)	
LUCIANA	

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2020 Mes 02 Día 28	MUJER	B	POSITIVO

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

COLOMBIA - ANTIOQUIA - CHIGORODO

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigo: CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo: 150150835

Datos de madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: OBREGON PALOMINO MARIA ALEJANDRA

Tipo y número: CC No. 1032362270 Nacionalidad: COLOMBIA

Datos de padre o madre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: DEL VALLE PALLARES CARLOS ANDRES

Tipo y número: CC No. 1065868610 Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: DEL VALLE PALLARES CARLOS ANDRES

Tipo y número: CC No. 1065868610 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

Año 2020 Mes FEB Día 28

Nombre y firma del funcionario autorizante

RAMSES ESCOBAR HENAO

Notaría Única del Círculo Municipal de Chigorodó
RAMSES ESCOBAR HENAO
Notario

RAMSES ESCOBAR HENAO

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Escaneado con CamScanner