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	31703-500258

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	OMAR GIOVANNI ESCOBAR SEPULVEDA	**C.C.**	98.528.868	**IP/Nº de contacto**	43402
Correo electrónico contratista:	oescobar@sena.edu.co				

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:	BANCO BBVA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		929059004	
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:	1333814/2020			**Nº Compromiso SIIF**		**6620**	
Valor Total del Contrato	$ 38.546.019	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 9.329.907	**9**	**Del**	**01/10/2020**	**Al**	**31/10/2020**	**$ 3.682.858,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 5.647.049		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.682.858	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	**$ 3.682.858**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.170.929**	**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	---------	**7765681765**	Valor Base retención en la fuente	2.170.929,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.473.143	$ 1.473.143	Valor Base retención en la fuente ICA	3.262.858,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 184.200	$ 184.200	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 235.800	$ 235.800	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 III	$ 35.900	$ 35.900	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	14.731,00	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	$ 368.286		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 569.712	$ -				
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 723.643		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	**$ 3.668.127,00**	

SON: TRES MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y OCHO MIL CIENTO VEINTISIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

-Ejecutar la formación profesional integral a las fichas 2187578,2161131,2161100,2143100 asignadas .
-Alimentación Sofía plus, portafolio del instructor y portafolio del aprendiz, a las fichas 2187578,2161131,2161100,2143100 .
-Portafolio y actividades de aprendizaje actualizado en "SENA- Territorium" . de las fichas 2187578,2161131,2161100,2143100 .
-Reporte de Horas asociadas a las ficha 2187578,2161131,2161100,2143100 . Se realiza informe contractual octubre 2020.
-Se registran juicios evaluativos en la plataforma sofia plus de fichas (2187578,2161131,2161100,2143100) por culminación de trimestre
-Se realiza seguimiento a cada grupo para ser reportadas en la plataforma de Sofía Plus y Se presentan y se reporta novedades para este mes y se presentan ante Coordinacion.
-Se entrega informe de horas, informe contractual y salud a la coordinacion.

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.

OMAR GIOVANNI ESCOBAR SEPULVEDA
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

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

BBVA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	98528868
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:		OMAR GIOVANNI ESCOBAR SEPULVEDA	ESCOBAR SEPULVEDA
CIUDAD/MUNICIPIO:	ITAGUI	DEPARTAMENTO:	ANTIOQUIA
DIRECCIÓN:	CARRERA 47 # 75-07	TELÉFONO:	2774146
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de apoyo a la
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**7765681765**		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):		2020/10/01	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		758566310

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	$ 235.800
SUBTOTAL:			1	**$ 235.800**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800088702	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	$ 184.200
SUBTOTAL:			1	**$ 184.200**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 35.900
SUBTOTAL:			1	**$ 35.900**

TOTAL PAGADO:	**$ 455.900**

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Medellin, 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:

C.C.	**32345772**	**Rosalba Sepulveda De Escobar**	**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: Omar Giovanni Escobar Sepulveda

C.C. 98.528.868

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SURA

La EPS y Medicina Prepagada Suramericana S.A. en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado **EPS SURA**,

CERTIFICA

Que **Omar Giovanni Escobar Sepulveda** identificado(a) con **Cedula de Ciudadania** número **98528868,** está registrado(a) en el POS DE EPS SURA con la siguiente información:

	Omar Giovanni Escobar Sepulveda
	Titular
TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	Titular
NOMBRES Y APELLIDOS	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
TIPO DE AFILIADO	10 - Cobertura Integral
PARENTESCO ESTADO DE LA AFILIACIÓN	21/02/1996
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	Activo(a)
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	1242 semanas
FECHA RETIRO LABORAL / EPS SURA	Sin semanas reportadas en EPS SURA
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	52 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	
SEMANAS COTIZADAS EN ULTIMO AÑO	

ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS

22/01/2020

INFORMACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR Generado por linamura

CC 98528868

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN
NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA DE INGRESO A EPS SURA
TIPO DE AFILIADO	FECHA RETIRO LABORAL / EPS SURA
PARENTESCO ESTADO DE LA AFILIACIÓN	

SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	52 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	
SEMANAS COTIZADAS EN ULTIMO AÑO	

Generado por linamura
CC 32345772
Rosalba Sepulveda De Escobar
Beneficiario
Padres
0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
10 - Cobertura Integral
21/12/1995
Activo(a)
1221 semanas
Sin semanas reportadas en EPS SURA

22/01/2020

ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO,

NI PARA TRASLADOS

EL SUSCRITO CONTADOR PÚBLICO

CERTIFICA

Que para los efectos de la norma establecida en el numeral 4 del parágrafo 2 del art. 387 del E.T. la señora **ROSALBA SEPULVEDA DE ESCOBAR**, identificada con la cédula de ciudadanía número 32.345.772 de Itagüí, residente en la ciudad de Itagüí, y de ocupación ama de casa, es Madre del Señor **OMAR GIOVANNI ESCOBAR SEPULVEDA**, identificada con cédula de ciudadanía 98.528.868 de Itagüí.

Que en la actualidad la señora **ROSALBA SEPULVEDA DE ESCOBAR** no obtiene ingresos propios por lo cual se cumplen los criterios para que la señora **ROSALBA SEPULVEDA DE ESCOBAR** pueda figurar como dependiente del Señor **OMAR GIOVANNI ESCOBAR SEPULVEDA**.

La presente certificación se expide para que sea presentada por el Señor **OMAR GIOVANNI ESCOBAR SEPULVEDA** ante el departamento de nómina del SENA.

Cualquier información adicional requerida, favor contactarme al número móvil 3137469221.

En constancia de lo anterior, firmo en Itagüí, el once (11) de febrero del año 2020.

Cordialmente,

SILVANA STELLA GONZÁLEZ VARELA
C.C. 43.840.383
T.P. 120141-T



República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional
JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO
12014-T
SILVANA STELLA
GONZALEZ VARELA
C.C. 43[illegible]
RESOLUCION INSCRIPCION 192 FECHA 2006/07/27
UNIVERSIDAD CORP.UNIV. REMINGTON
LUZ MYRIAM DIAZ MUÑOZ 129512
Solo valido para el señor
Omar Gustavo Estrada
Fecha Febrero 01-2016
Firma
FIRMA DEL TITULAR 40845
Esta tarjeta es el unico documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990.
Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla al Ministerio de Educación Nacional - Junta Central de Contadores.

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **32.345.772**

SEPULVEDA De ESCOBAR

APELLIDOS

ROSALBA

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **26-FEB-1950**

URRAO
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

21-ENE-1974 ITAGUI

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-0115100-00259568-F-0032345772-20101011 0024315289A 1 34575873