SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

**FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES**
**REGIONAL SANTANDER**
**CENTRO DE GESTIÓN AGROEMPRESARIAL DEL ORIENTE-SANTANDER**

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **68** |
| **Código Centro** | **954610** |
| **Fecha Elaboración** | **22 de octubre de 2020** |
| **Versión** | **AGOSTO 2020 - 5,20** |
| **ID de Proceso** | **81389-760065** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

**Nombres y apellidos contratista:** YAIR ANTONIO BALLESTEROS TORRES
**Correo electrónico contratista:** yballesteros@sena.edu.co
**C.C.** 13.956.318 **IP/Nº de contacto** 3132208752

**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:** AV VILLAS **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 701896529

**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:** 1325096/2020 **Nº Compromiso SIIF** **9720**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Valor Total del Contrato** | $ 27.320.000 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 6.374.667 | **9** | **Del** | **01/10/2020** | **Al** | **31/10/2020** | **$ 2.732.000,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 3.642.667 | | Comisiones | | | $ 0,00 | |

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 2.732.000 | | 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** | **$ 2.732.000** | | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 1.610.475** | | **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** | ---------- | **4353834582** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 1.092.800 | $ 1.092.800 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 136.600 | $ 136.600 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 174.900 | $ 174.900 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 |
| ARL II | $ 11.500 | $ 11.500 |
| 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 | $ 273.200 | |
| Salud hasta $ 569.712 | $ - | |
| Renta Exenta 25% $ 8.545.680 | $ 536.825 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Valor Base retención en la fuente | 1.610.475,00 | TARIFA |
| Valor Base retención en la fuente ICA | 2.420.500,00 | |
| 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 - 8543 | 4.841,00 | 0,200% |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| 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** | **$ 2.727.159,00** | |

**SON: DOS MILLONES SETECIENTOS VEINTISIETE MIL CIENTO CINCUENTA Y NUEVE PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

FICHA: 1844890 Instalar el cableado estructurado. Días: 5,6,7,8,9 - E. Productiva día 21,22,23 Puerto Araujo. Total, horas: 32
FICHA: 2075622. Aplicar herramientas del sistema operativo. Puerto Araujo. Días: 5,6,7,8,9 Total horas: 20
FICHA: 2075616 Aplicar herramientas del sistema operativo. Cimitarra. Días: 2,13,14,15,16 Total horas 20
FICHA: 1844206 Aplicación para el manejo de la BD. Días: 19,20,21,22,23 - E. Productiva día 14,15,16 Cimitarra. Total horas: 32
FICHA: 2070959. Aplicar herramientas del sistema operativo. Vélez. Días: 21,22,23,24,25 Total horas: 20
FICHA: 2071030. Aplicar herramientas del sistema operativo. Vélez. Días: 21,22,23,24,25 Total horas: 20
Desarrollo curricular, alistamiento para el desarrollo de la FPI Total horas: 16
TOTAL HORAS: 160

**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.

**YAIR ANTONIO BALLESTEROS TORRES**
**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,

**CESAR FERNANDO PALENCIA LOPEZ**
**INSTRUCTOR G10**

**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**

**HERIKA BIBIANA ARIZA GONZALEZ**
**SUBDIRECTORA DE CENTRO G02**

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 13956318 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | YAIR ANTONIO BALLESTEROS TORRES BALLESTEROS TORRES | | |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | VELEZ | DEPARTAMENTO: | SANTANDER |
| DIRECCIÓN: | LAGOS IV B BLQ11 APT202 | TELÉFONO: | 6190377 |
| 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: | **4353834582** | | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS: | MES: | septiembre | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES: | septiembre |
| | AÑO: | 2020 | | AÑO: | 2020 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2020/10/02 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 9992105953 |

## LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 900336004 | 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 174.900 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 174.900** |
| **SALUD** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800251440 | EPS005 | EPS005-SANITAS S.A. | 1 | $ 136.600 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 136.600** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 890903790 | 14-11 | 14-11 - ARL SURA | 1 | $ 11.500 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 11.500** |

| | |
|---|---|
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 323.000** |

*CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS*

Vélez, 29 de febrero 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:

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NUIP - NIP** | **AIJ-02510552** | **LIZETH DANIELA BALLESTEROS DUARTE** | **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: YAIR ANTONIO BALLESTEROS TORRES

C.C. 13956318

REPUBLICA DE COLOMBIA

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

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP: A1J-0251052. -

Indicativo Serial: 33217990

**Datos de la oficina de registro - Clase de oficina**

Registraduría [ ] Notaría [XX] Número [62] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 1.0.7.2.

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía: COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

**Datos del inscrito**

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| BALLESTEROS | DUARTE |

Nombre(s): LIZETH DANIELA

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2002 Mes NOV Día 29 | FEMENINO. | "O" | POSITIVO.- |

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| certificado medico de nacido vivo. | A4871026. |

**Datos de la madre**

Apellidos y nombres completos: DUARTE PATARROYO SANDRA PATRICIA

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC No 63435718 DE VELEZ. | COLOMBIANA. |

**Datos del padre**

Apellidos y nombres completos: BALLESTEROS TORRES YAIR ANTONIO

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC No 13 956 318 DE VELEZ (SANTANDER). | COLOMBIANA. |

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos: BALLESTEROS TORRES YAIR ANTONIO

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| CC No 13 956 318 DE VELEZ (SANTANDER). | |

**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 | Nombre y firma del funcionario que autoriza |
|---|---|
| Año 2002 Mes DIC Día 12 | ALMA ESPERANZA CALDERON GOMEZ (E). Nombre y firma |

NOTARIA 62 BOGOTA

NOTARIA (62) DEL CIRCULO DE BOGOTÁ D.C.
REGISTRO CIVIL

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -