SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL DISTRITO CAPITAL
CENTRO DE DISEÑO METROLOGÍA- BTÁ D.C.

Código Regional	**11**
Código Centro	**921610**
Fecha Elaboración	**Octubre de 2020**
Versión	**AGOSTO 2020 - 5,20**
ID de Proceso	**85189-840043**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	WALFREDO GAMEZ BARRERA	**C.C.**	7.177.924	**IP/Nº de contacto**	14971
Correo electrónico contratista:	wgamez@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 SI **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** NO

Banco al cual consignar: SCOTIABANK COLPATRIA **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 004622033518

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: 1615420/2020 **Nº Compromiso SIIF** **20620**

Valor Total del Contrato	$ 35.363.333	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 15.450.000	**5**	**Del**	**01/10/2020**	**Al**	**31/10/2020**	**$ 5.150.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 10.300.000		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 5.150.000	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	**$ 5.150.000**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 3.035.925**	**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	----------	**9411647948**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 2.060.000	$ 2.060.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 257.500	$ 257.500
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 329.600	$ 329.600
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 10.800	$ 10.800
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	$ 515.000	
Salud hasta $ 569.712	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 1.011.975	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	3.035.925,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	4.562.900,00	
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	44.078,00	0,966%
-	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	**$ 5.105.922,00**	

SON: CINCO MILLONES CIENTO CINCO MIL NOVECIENTOS VEINTIDOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Asesorar y acompañar a los empresarios en el proceso de intervención en trasnformación digital.
Realizar informes finales con la información detallada por empresa. Se subió en OneDrive compartido.
Participar en las reuniones de equipo de Bogotá DC, con el fin de evaluar avances en la ejecución de la estrategia.
Incorporar en las carpetas de los 12 empresarios, esta la carpeta Informe final ciclo 1; se encuentra la evaluación de empresarios.
Presentar carpetas de los 12 empresarios, esta la carpeta Informe final ciclo 1; se encuentra los informes finales
Realizar el ciclo 1 con 12 empresarios impactando en 1 a 3 indicadores de gestión, cumpliendo las 40 horas
Asistir a jornadas de la Escuela de extensionismo. Jornadas de formación para empresarios.

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.

WALFREDO GAMEZ BARRERA
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,

FRAN EDWARD PEREZ ORTIZ
INSTRUCTOR G08

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

RODOLFO MARTINEZ PEREZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 7177924		GAMEZ BARRERA WALFREDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 14 A SUR # 28-28 LA FRAGUA	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4767484	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-09	2020-09	772145511	9411647948	I	2020/10/07	2020/10/15	SCOTIABANK COLPATRIA	8	$597,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,060,000	$329,600			$2,060,000	$257,500			$0	$0			$2,060,000	$10,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,060,000	$329,600			$2,060,000	$257,500			$0	$0			$2,060,000	$10,800		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$2,060,000	$329,600			$2,060,000	$257,500			$0	$0			$2,060,000	$10,800		$0	$0
1	CC 7177924	GAMEZ WALFREDO	25-14	30	$2,060,000	$329,600	EPS017	30	$2,060,000	$257,500		0	$0	$0	14-23	30	$2,060,000	$10,800	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$2,060,000	$329,600			$2,060,000	$257,500			$0	$0			$2,060,000	$10,800		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 7177924		GAMEZ BARRERA WALFREDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 14 A SUR # 28-28 LA FRAGUA	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4767484	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-09	2020-09	772145511	9411647948	I	2020/10/07	2020/10/15	SCOTIABANK COLPATRIA	8	$597,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$329,600	$0	$0	$329,600
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$329,600	$0	$0	$329,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$10,800	$0	$0	$10,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$10,800	$0	$0	$10,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$257,500	$0	$0	$257,500
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$257,500	$0	$0	$257,500
TOTAL				1	$597,900	$0	$0	$597,900

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 30 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 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	**1019917724**	**MARIA VICTORIA GAMEZ DIAZ**	**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: **Walfredo Gámez Barrera**

C.C. **7.177.924 de Tunja**

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1019917724

Indicativo Serial 59852656

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 42 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A5F

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

COLOMBIA ---------- CUNDINAMARCA ---------- BOGOTA D.C.

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
GAMEZ	DIAZ

Nombre(s): MARIA VICTORIA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2019 Mes ENE Día 09	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 DE NACIDO VIVO	15044007-4

Datos de la 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 primer apellido del inscrito)*

Apellidos y nombres completos: DIAZ TORRES ANGELA FERNANDA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 52951852	COLOMBIANA

Datos de la 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: GAMEZ BARRERA WALFREDO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 7177924	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: GAMEZ BARRERA WALFREDO

Documento de Identificación (Clase y número): C.C. No. 7177924

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	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2019 Mes ENE Día 10	JUAN CARLOS VARGAS JARAMILLO Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

EN BLANCO

NOTARIA CUARENTA Y DOS

República de Colombia Juan Carlos Vargas Jaramillo Notario 42

THOMAS GREG & SONS.

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Scanned by CamScanner

COMO NOTARIO 42 DEL CIRCULO DE BOGOTA D.C, DOY FE QUE ESTA COPIA ES REPRODUCCIÓN MECÁNICA, FIEL Y COMPLETA DEL ORIGINAL QUE REPOSA EN EL ARCHIVO DE ESTA NOTARIA. LA QUE EXPIDO CON DESTINO A: **DEMOSTRAR PARENTESCO**
A SOLICITUD DE: **WALFREDO GAMEZ BARRERA**
INDENTIFICADO: **C.C. # 7.177.924**
ARTICULO 1º, DECRETO LEY 278 DE 1972.
DADA EN BOGOTA D.C., **10 de enero de 2019**

Juan Carlos Vargas Jaramillo
Notario
42

JUAN CARLOS VARGAS JARAMILLO
NOTARIO CUARENTA Y DOS (42)
DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ

VIVIANA

Scanned by CamScanner