

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL SANTANDER CENTRO AGROTURISTICO - SANTANDER - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORM		Código Regional	68
			Código Centro	954110
			Fecha Elaboración	31 de octubre de 2020
			Versión	AGOSTO 2020 - 5,20
			ID de Proceso	61495-348661
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista:		MARIO ANGEL ANGARITA DIAZ	C.C.	11.189.168
Correo electrónico contratista:		mangaridad@sena.edu.co	IP/Nº de contacto	3076718561
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 ? ☐ NO			
Banco al cual consignar:	BANCO CAJA SOCIAL	Tipo de cta	AHORROS	Nº Cuenta 24036326860
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:	1372952/2020	Nº Compromiso SIIF	21420	
Valor Total del Contrato	\$ 26.075.200	Nº Pago	8	
Saldo Anterior del Contrato	\$ 6.844.740	Periodo objeto de pago	Del 01/10/2020 Al 31/10/2020	
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 4.106.844	Comisiones	\$ 0,00	
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios	\$ 2.737.896	Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°	0,00%	
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0	
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0	Menos, Rete Fuente Otros Ingresos	\$ 0	
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 2.737.896	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 1.613.930			
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	Octubre	Septiembre	Valor Base retención en la fuente	1.613.930,00
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.095.158	\$ 1.564.512	Valor Base retención en la fuente ICA	2.425.696,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 136.900	\$ 195.600	Valor base IVA	0,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 175.300	\$ 250.400	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 V	\$ -	\$ 0	Menos Retención IVA	0,00 15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -	\$ -	Reteica - 8299	0,00 0,600%
Aportes voluntarios a cuentas AFC	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00 0,000%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.128.000	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00 0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.560.700	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00 0,000%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00 0,000%
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	\$ -	\$ -	Descuentos de Libranza	0,00
Dependientes hasta \$ 1.139.424	\$ 273.790	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00
Salud hasta \$ 569.712	\$ -	\$ -	VALOR A PAGAR	\$ 2.737.896,00
Renta Exenta 25% \$ 8.545.680	\$ 537.977	\$ -		
Retención en la Fuente Contingente \$ -	\$ -	\$ -		
SON: DOS MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y SEIS PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
FICHA: 2210686 HORARIO: 18:00 A 22:00 FECHA: Del 7 al 23 de octubre. HORAS: 60 PROGRAMA: Atención y servicio al cliente COMPETENCIA: Facilitar el servicio a los clientes internos y externos de acuerdo con las políticas de la organización Actividad de aprendizaje: Identificar las necesidades de atención y servicio al cliente, cara a cara, de acuerdo con los estándares de				
FICHA: 2221614 HORARIO: 08:00 A 12:00 FECHA: Del 26 al 31 de Octubre. HORAS: 24 PROGRAMA: Manejo de la información Turística Regional COMPETENCIA: Atender usuarios de acuerdo a políticas de servicio. Actividad de aprendizaje: Promover los productos y servicios turísticos de la región a partir de la identificación de las necesidades				
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.				
			MARIO ANGEL ANGARITA DIAZ 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 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,	
			KAREN ANDREA GARCIA CARREÑO INSTRUCTOR G11	
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				
NELLY QUIROGA SARMIENTO SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)				

RAZON SOCIAL :	MARIO ANGEL ANGARITA DIAZ
IDENTIFICACION:	CC-11189168
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	00
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	00
FECHA GENERACION REPORTE:	2020-10-22
FECHA LIMITE DE PAGO:	2020-10-22
FECHA DE PAGO:	2020-10-22
ENTIDAD DE PAGO:	BBVA COLOMBIA S.A.
PERIODO PENSION:	2020-09
PERIODO SALUD:	2020-09
NUMERO PLANILLA:	19033715
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	19033715
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS044	901097473	MEDIMAS EPS	1	\$ 1.567.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 195.900	\$ 195.900
230301	800224808	PORVENIR	1	\$ 1.567.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 250.800	\$ 250.800
CCF40	890201578	COMFENALCO SANTANDER	1	\$ 1.567.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 9.500	\$ 9.500
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 456.200	\$ 456.200

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	18/11/2020
----------------------------------	------------

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

San Gil, 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	1101262203	Ariadne Angarita Vesga	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,

Nombre: Mario Ángel Angarita Díaz

C.C. 11.189.168



ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCION NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial 50360851

NUIP 1101262203

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria ☐ Notaria ☒ Número 01 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código R 5 H

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

COLOMBIA* SANTANDER* SAN GIL (NOTARÍA PRIMERA)*** **

Datos del inscrito

Primer Apellido ANGARITA ** * Segundo Apellido VESGA ** *
Nombre(s) ARIADNE ** *
Fecha de nacimiento Año 2 0 1 4 Mes J U N Día 2 5 Sexo (en letras) FEMENINO ** * Grupo sanguíneo A * Factor RH POSITIVO

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

COLOMBIA* SANTANDER* SAN GIL ** * **

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

CERTIFICADO MÉDICO ** * Número certificado de nacido vivo 12494476-7 ** *

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos VESGA RUEDA MAIRA ALEJANDRA ** *
Documento de identificación (Clase y número) C.C. No. 1.100.960.402 DE SAN GIL ** * Nacionalidad COLOMBIANA ** *

Datos del padre

Apellidos y nombres completos ANGARITA DIAZ MARIO ANGEL ** *
Documento de identificación (Clase y número) C.C. No. 11.189.168 DE ENGATIVA ** * Nacionalidad COLOMBIANA ** *

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos ANGARITA DIAZ MARIO ANGEL ** *
Documento de identificación (Clase y número) C.C. No. 11.189.168 DE ENGATIVA ** * 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 2 0 1 4 Mes J U L Día 0 9

Nombre y firma del funcionario que autoriza

ANGELA YOLIMA SANCHEZ ACUÑA
NOTARIA PRIMERA DEL CÍRCULO DE SAN GIL

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

ANGELA YOLIMA SANCHEZ ACUÑA
NOTARIA PRIMERA DEL CÍRCULO DE SAN GIL

ESPACIO PARA NOTAS

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

NOTARÍA PRIMERA DEL CIRCULO DE SAN GIL-SANTANDER
NOTARIA: DRA. ANGELA YOLIMA SANCHEZ ACUÑA
CARRERA 10 No. 10-25, tel 7241459, 7235633
notaria1.sangil@gmail.com

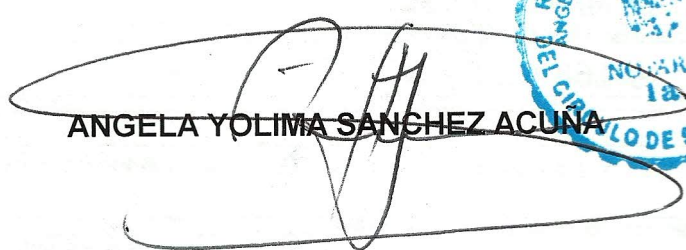
ES FIEL COPIA TOMADA DE SU ORIGINAL, QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE
ESTA NOTARIA, BAJO EL SERIAL No. 50360851.

SE EXPIDE A SOLICITUD DEL INTERESADO, MARIO ANGEL ANGARITA DIAZ CON C.C.
No. 11.139.168 DE BOGOTÁ - PADRE.

VALIDO: PARA TRAMITE LEGAL

FECHA DE EXPEDICIÓN: SEPTIEMBRE 27 DE 2018.-

LA NOTARIA PRIMERA,


ANGELA YOLIMA SANCHEZ ACUÑA

