

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL CASANARE C AGROINDUSTRIAL Y FORTALECIMIENTO EMPRESARIAL DE CASANARE - INT		Código Regional	85
			Código Centro	951910
			Fecha Elaboración	Octubre de 2020
			Versión	AGOSTO 2020 - 5,20
			ID de Proceso	55513-377036
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista: MIGUEL ÁNGEL SANDOVAL GONZÁLEZ Correo electrónico contratista: miguelasenaser@gmail.com		C.C. 1.121.817.352	IP/N° de contacto 3229472644	
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 BBVA ☐ Tipo de cta ☐ AHORROS ☒ N° Cuenta 981496177				
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				
N° del contrato: 1375644/2020		N° Compromiso SIIF 16520		
Valor Total del Contrato \$ 38.139.600	N° Pago 9	Periodo objeto de pago Del 01/10/2020 Al 31/10/2020		Valor Bruto Pago \$ 3.865.500,00
Saldo Anterior del Contrato \$ 9.406.050				
Nuevo Saldo del Contrato \$ 5.540.550		Comisiones \$ 0,00		
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios \$ 3.865.500 Ingresos por comisiones \$ 0 Ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ 0 TOTAL INGRESOS DEL PERIODO \$ 3.865.500 BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 2.278.688	Tarifa de Retención en la Fuente ART 383° 0,00% Retención en la Fuente del Periodo \$ 0 Menos, Rete Fuente Otros Ingresos \$ 0 TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO \$ 0			
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	Octubre	Septiembre	Valor Base retención en la fuente 2.278.688,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC	4359484818	4359484818	Valor Base retención en la fuente ICA 3.424.800,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud \$ 1.546.200	\$ 1.546.200	\$ 1.546.200	Valor base IVA 0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión \$ 193.300	\$ 193.300	\$ 193.300	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00 19%	
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional \$ 247.400	\$ 247.400	\$ 247.400	Menos Retención en la Fuente 0,00 0,00%	
ARL II \$ -	\$ -	\$ 0	Menos Retención IVA 0,00 15%	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias \$ 16.200	\$ 16.200	\$ 16.200	Reteica - 8299 34.248,00 1,000%	
Aportes voluntarios a cuentas AFC \$ -	\$ -	\$ -	Otras Retenciones 0,00 0,00%	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.128.000 \$ -	\$ -	\$ -	Otras Retenciones 0,00 0,00%	
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.560.700 \$ -	\$ -	\$ -	Otras Retenciones 0,00 0,00%	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ -	\$ -	\$ -	Otras Retenciones 0,00 0,00%	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ -	\$ -	\$ -	Otras Retenciones 0,00 0,00%	
Aportes A.R.L. de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ -	\$ -	\$ -	Otras Retenciones 0,00 0,00%	
Dependientes hasta \$ 1.139.424 \$ 386.550	\$ 386.550	\$ -	Descuentos de Libranza 0,00	
Salud hasta \$ 569.712 \$ -	\$ -	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00	
Renta Exenta 25% \$ 8.545.680 \$ 759.563	\$ 759.563	\$ -	VALOR A PAGAR \$ 3.831.252,00	
Retención en la Fuente Contingente \$ -	\$ -	\$ -		
SON: TRES MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y UN MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Municipios Villanueva, Tauramena y Mani. Fichas de formación:1837440, 1842971,1837799, 2059318, 2059280 y 2059317. Actualización del Portafolio del instructor en DRIVE Reunión de seguimiento Plan de trabajo, Líder Ana cecilia y Coordinador Edwin alonso. Calificación de juicios evaluativos de las fichas de formación 1837440, 1842971, 1838368, 1837799, 2059318, 2059280 y 2059317. Se realizó acompañamiento técnico y pedagógico con los docentes y aprendices de las Instituciones Educativas. Seguimiento a los aprendices de grado 11 sobre su proyecto de Etapa Productiva y Revisión de Bitácoras. Capacitación y certificación en curso de integridad y transparencia corrupcion Reporte de 160 Horas en Sofia Plus.				
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.			MIGUEL ÁNGEL SANDOVAL GONZÁLEZ 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,	
			EDWIN ALONSO QUINTERO 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				
JOHANA ASTRID MEDINA PEÑA DIRECTORA REGIONAL				

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE										DATOS GENERALES DE LA PLANILLA									
TIPO IDENTIFICACIÓN:					CEDULA DE CIUDADANIA					NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:					1121817352				
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:					YOPAL					DEPARTAMENTO:					MIGUEL ANGEL SANDOVAL GONZALEZ				
CIUDAD/MUNICIPIO:					CALLE 6 N 20-43					TELÉFONO:					CASANARE				
DIRECCIÓN:					02-INDEPENDIENTE					CLASE APORTANTE:					6356146				
TIPO APORTANTE:					PRIVADA					I-INDEPENDIENTE					2020/10/13				
TIPO EMPRESA:					ÚNICO					ACTIVIDAD ECONOMICA:					Actividades reguladoras y facilitadoras de la act				
FORMA DE PRESENTACIÓN:					NO														
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):																			

TOTAL APORTES A PENSIÓN												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	\$ 247.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 247.400	\$ 0	\$ 247.400
SUBTOTALES:										\$ 247.400	\$ 0	\$ 247.400

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	\$ 193.300	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 193.300	\$ 0	\$ 0	\$ 193.300
SUBTOTALES:													\$ 193.300	\$ 0	\$ 0	\$ 193.300

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	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	\$ 16.200	\$ 16.200	\$ 0	\$ 0	\$ 16.200
SUBTOTALES:									\$ 16.200	\$ 0	\$ 0	\$ 16.200

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																					
DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES										SEGURIDAD SOCIAL																PARAFISCALES																	
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN				APORTES VOLUNTARIOS				INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	SALUD				ARP			DÍAS COT	IBC	ADMIN	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU	
																										ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO				ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN				DÍAS COT	IBC					CENTRO DE TRABAJO
1	CC 1121817352	SANDOVAL GONZALEZ MIGUEL ANGEL	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		\$ 1.546.200			NO																		230301-PORVENIR	30	1.546.200	\$ 247.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 247.400	EPS005-SANITA S.A.	30	1.546.200	\$ 193.300	\$ 0	\$ 193.300	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	1.546.200	\$ 112181735	\$ 16.200	\$ 0		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL \$ 456.900

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Yopal, 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 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	1.118.559.588	MIGUEL SANTIAGO SANDOVAL	HIJO
		MORALES	

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: MIGUEL ANGEL SANDOVAL GONZALEZ

C.C. 1.121.817.352 DE VILLAVICENCIO.

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

NUIP 1.118.559.588

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

52134037

52134037



Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒	Notaría ☐	Número <input type="text"/>	Consulado ☐	Corregimiento ☐	Inspección de Policía ☐	Código	W	X	R
---	----------------------------------	-----------------------------	------------------------------------	--	--	--------	---	---	---

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

REGISTRADURIA DE YOPAL - COLOMBIA - CASANARE - YOPAL

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
SANDOVAL	MORALES
Nombre(s)	
MIGUEL SANTIAGO	
Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)
Año 2012 Mes SEP Día 28	MASCULINO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)	Factor RH
COLOMBIA CASANARE YOPAL	POSITIVO

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo

11343761-3

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos	Nacionalidad
MORALES GONZALEZ KAREN JOHANNA	COLOMBIA
Documento de identificación (Clase y número)	
CC 33.480.976	

Datos del padre

Apellidos y nombres completos	Nacionalidad
SANDOVAL GONZALEZ MIGUEL ANGEL	COLOMBIA
Documento de identificación (Clase y número)	
CC 1.121.817.352	

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos	Firma
SANDOVAL GONZALEZ MIGUEL ANGEL	<i>Miguel Sandoval</i>
Documento de identificación (Clase y número)	
CC 1.121.817.352	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos	Firma
Documento de identificación (Clase y número)	

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos	Firma
Documento de identificación (Clase y número)	

Fecha de inscripción

Año 2012 Mes OCT Día 24

Nombre y firma del funcionario que autoriza

JORGE VILLAMIZAR TRUJILLO - REGIS

Reconocimiento paterno

ES FIEL FOTOCOPIA AUTENTICA
TOMADA DEL ORIGINAL
DEL ARCHIVO DE LA REGISTRADURIA
DEL ESTADO CIVIL DE YOPAL

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

Jorge Villamizar Trujillo
25 OCT 2012

OTRO FOTOCOPIA AUTENTICA
TOMADA DEL ORIGINAL
DEL ARCHIVO DE LA REGISTRADURIA
DEL ESTADO CIVIL DE YOPAL

OTRO FOTOCOPIA AUTENTICA
TOMADA DEL ORIGINAL
DEL ARCHIVO DE LA REGISTRADURIA
DEL ESTADO CIVIL DE YOPAL

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO



Scanned with
CamScanner

ORXPRES S.A.S. NIT. 900.184.824-1 100238573