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 | Noviembre de 2020 |
| Versión | AGOSTO 2020 - 5,20 |
| ID de Proceso | 90417-388685 |

## 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** | $ 5.647.049 | **10** | **Del** | **01/11/2020** | **Al** | **30/11/2020** | **$ 3.682.858,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 1.964.191 | | 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

| | Noviembre | Octubre |
|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | --------- | **7768847631** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 1.473.143 | $ 1.473.143 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 184.200 | $ 184.200 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 235.800 | $ 235.800 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 |
| ARL III | $ 35.900 | $ 35.900 |
| 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 | $ 368.286 | |
| Salud hasta $ 569.712 | $ - | |
| Renta Exenta 25% $ 8.545.680 | $ 723.643 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Valor Base retención en la fuente | 2.170.929,00 | TARIFA |
| Valor Base retención en la fuente ICA | 3.262.858,00 | |
| 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 | 0,00 | 0,000% |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| Jaime Isaza Cadavid | 14.731,00 | 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** | **$ 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 2161131 ,2161100 ,2143100,2221751.
-Portafolio y actividades de aprendizaje actualizado en "SENA- Territorium" . de las fichas 2161131 ,2161100 ,2143100,2221751.
-Reporte de Horas asociadas a las ficha 2161131 ,2161100 ,2143100,2221751 . Se realiza informe contractual noviembre 2020.
-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.
-Se realiza cronograma de trabajo basado en las actividades de proyecto, alistamiento de las guías, alistamiento en "SENA- Territorium" diseño de las bitácoras, programación de los instructores trimestre IV.

**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: | **7768847631** | | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: | octubre | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | octubre |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: | 2020 | SALUD: | AÑO: | 2020 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2020/11/03 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 788783378 |

## 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, 30 de noviembre 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:

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

**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
120141-T
SILVANA STELLA
GONZALEZ VARELA
C.C. 43[illegible]
RESOLUCION INSCRIPCION 192
UNIVERSIDAD CIAFA UNIV. REMINGTON
PRESIDENTA
LUZ MYRIAN DIAZ MUÑOZ
Solo valido para el semestre
Fecha
Firma
FIRMA DEL TITULAR
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** ESTATURA

**O+** G.S. RH

**F** 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