SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL SANTANDER
DESPACHO REGIONAL-EMPRENDE RURAL

Código Regional	**68**
Código Centro	**101068**
Fecha Elaboración	**19 noviembre de 2020**
Versión	**AGOSTO 2020 - 5,20**
ID de Proceso	**29265-748949**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	MAURICIO ORTIZ CHAVES	**C.C.**	13.959.093	**IP/Nº de contacto**	74110
Correo electrónico contratista:	mauortiz@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 ?** NO

Banco al cual consignar: BANCO BBVA **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 0857026223

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: 1312737/2020 **Nº Compromiso SIIF** **9320**

Valor Total del Contrato	$ 45.112.489	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 8.104.040	**11**	**Del**	**01/11/2020**	**Al**	**30/11/2020**	**$ 4.052.020,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 4.052.020		Comisiones			$ 1.224.870,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.052.020		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 1.224.870		Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 5.276.890**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 3.215.326**		**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		----------	**7766844935**	Valor Base retención en la fuente	3.215.326,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.620.808	$ 1.620.808	Valor Base retención en la fuente ICA	4.814.790,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 202.700	$ 202.700	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 259.400	$ 259.400	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	I	$ 8.500	$ 8.500	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -		Reteica - 8299	0,00	0,600%
Aportes voluntarios a cuentas AFC		$ -		-	0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.128.000		$ -		-	0,00	
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		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta $ 1.139.424		$ 527.689				
Salud hasta $ 569.712		$ -		Descuentos de Libranza	0,00	
Renta Exenta 25% $ 8.545.680		$ 1.071.775		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		$ -		**VALOR A PAGAR**	**$ 4.052.020,00**	

SON: CUATRO MILLONES CINCUENTA Y DOS MIL VEINTE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

1. Se apoyó en la verificación para la caracterización de fichas, inscritos por archivo plano y seguimiento a matricula.
2. Se realizó seguimiento en campo y entrega de materiales.
3. Se Verificó los documentos soportes de los instructores correspondiente al mes de octubre.
4. Participar de las siguientes capacitaciones y reuniones: * Estrategias atención sector agropecuario 2021.
* Estrategias atención sector agropecuario 2021. * Planeación Programa SER 2021. * Reunión lideres planeación 2021 programa SER.
* Reunión para fortalecer las Estrategias de Atención al sector Agropecuario.
5. Presentar el informe sobre la ejecución de actividades mensuales.
6. Se Verificó los documentos soportes de los instructores correspondiente al mes de octubre.

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.

MAURICIO ORTIZ CHAVES
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,

DOLLY MAYERLY VALENZUELA SUAREZ
PROFESIONAL G06

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

ORLANDO ARIZA ARIZA
DIRECTOR REGIONAL

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	13959093
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:		MAURICIO ORTIZ ORTIZ CHAVEZ ORTIZ CHAVEZ	
CIUDAD/MUNICIPIO:	VELEZ	DEPARTAMENTO:	SANTANDER
DIRECCIÓN:	CARRERA 4 NO. 11 - 37	TELÉFONO:	7563477
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):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7766844935**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS:	MES:	octubre	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES:	octubre
	AÑO:	2020		AÑO:	2020
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2020/10/08	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		766256717

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 259.400
SUBTOTAL:			1	**$ 259.400**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 202.700
SUBTOTAL:			1	**$ 202.700**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890903790	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 8.500
SUBTOTAL:			1	**$ 8.500**

TOTAL PAGADO:	**$ 470.600**

Bucaramanga, 19 /11/2020

Señores
Grupo de Apoyo Administrativo Mixto
Servicio Nacional de Aprendizaje SENA
Ciudad

Asunto: Solicitud deducible retención en fuente por dependientes

Estimados señores:

Con la presente solicito que de acuerdo con el Articulo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el Artículo 2º. Párrafo 3ro. del Decreto 099 del 2013, se tenga en cuenta como deducible de mis ingresos brutos provenientes del contrato de prestación de servicios por el concepto de dependientes, los cuales relaciono a continuación:

Apellidos y Nombre	**Documento Identidad**	**Calidad del Dependiente** **1. Hijos menores 18 años.** **2. Hijos estudiantes entre 18 y 23 años.** **3. Hijos mayores a 23 años con dependencia por factores físicos o psicológicos.** **4. Cónyuge con ingresos inferiores a 260 UVT o dependencia por factores físicos o psicológicos.** **5. Padres o hermanos con ingresos inferiores a 260 UVT o dependencia por factores físicos o psicológicos.**
JULIAN MAURICIO ORTIZ FONTECHA	1102518129	**1. Hijos menores 18 años.**

Certifico bajo la gravedad de juramento la información consignada en esta solicitud y me comprometo a enviar solicitud de revocación de aplicación del deducible por dependientes en el caso en que cesen las condiciones que dan origen a esta solicitud.

Cordialmente,

MAURICIO ORTIZ CHAVES
C.C. 13.959.093 de Vélez

Anexo: Relación de documentos que anexa el trabajador.

- Registro civil de nacimiento _X__
- Certificado de estudios. ____
- Certificado contador público. ____
- Certificado medicina legal. ____

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1102518129

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 33736813

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código	R	B	N
	X	02							

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía: COLOMBIA - SANTANDER - VELEZ

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ORTIZ	FONTECHA

Nombre(s): JULIAN MAURICIO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2006 Mes MAR Día 26	MASCULINO	O	+

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

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	A 5118274

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: FONTECHA CASTELLANOS GREIS YOLIMA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC Nº 63.438.501 DE VELEZ (SDER)	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: ORTIZ CHAVES MAURICIO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC Nº 13.959.093 DE VELEZ (SDER)	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: ORTIZ CHAVES MAURICIO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC Nº 13.959.093 DE VELEZ (SDER)	

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 2006 Mes MAR Día 17	DR. JAIRO ANTONIO MONTERO FERNANDEZ
	Nombre y firma

REPUBLICA DE COLOMBIA NOTARIO 29 CIRCULO DE BOGOTA

IMPRESO POR PANAMERICANA FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800.175.457-5

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

A79E7E3E*