SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL META
CENTRO AGROINDUSTRIAL DEL META-EMPRENDE RURAL

Código Regional	**50**
Código Centro	**911710**
Fecha Elaboración	**20 noviembre de 2020**
Versión	**AGOSTO 2020 - 5,20**
ID de Proceso	**46267-009841**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	LUIS JORGE BERNAL DIAZ	**C.C.**	11.435.579	**IP/Nº de contacto**	17955
Correo electrónico contratista:	lbernald@sena.edu.co				

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: DAVIVIENDA **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 570456170177608

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: 1400247/2020 **Nº Compromiso SIIF** **20620**

Valor Total del Contrato	$ 35.038.090	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 5.109.722	**10**	**Del**	**01/11/2020**	**Al**	**30/11/2020**	**$ 3.649.801,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 1.459.921		Comisiones			$ 1.084.440,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.649.801		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 1.084.440		Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 4.734.241**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.883.538**		**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	----------	**17862338**	Valor Base retención en la fuente	2.883.538,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.459.920	$ 1.459.920	Valor Base retención en la fuente ICA	4.318.141,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 182.500	$ 182.500	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 233.600	$ 233.600	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 II	$ 15.300	$ 15.300	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 8299	17.273,00	0,400%
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	$ -		-	0,00	
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	$ 473.424		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 569.712	$ -				
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 961.179		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	**$ 3.632.528,00**	

SON: TRES MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y DOS MIL QUINIENTOS VEINTIOCHO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

LINEA AUTOCONSUMO FORMACIÓN PRODUCCIÓN AGROPECUARIA PARA LA SOBERANÍA ALIMENTARIA:MUNICIPIOS,PROYECTOS,FICHAS EJECUCIÓN
VISTAHERMOSA VEREDA BOCAS DE TALANQUERAS FICHA 2169261 PROYECTO 2103622 F.I 10/08/2020 F.F 10/11/2020 HORAS: 38
VISTAHERMOSA VEREDA EL DORADO FICHA 2197932 PROYECTO 2125936 F.I 21/09/2020 F.F 12/12/2020 HORAS: 38
RESTREPO VEREDA CANEY ALTO FICHA 2212617 PROYECTO 2125872 F.I 26/09/2020 F.F 07/12/2020 HORAS: 42
SAN MARTÍN VEREDA ALTO RUBIANO FICHA 2211482 PROYECTO 2136332 F.I 01/10/2020 F.F 09/12/2020 HORAS: 42
CONCERTACION DE OFERTA 2021 MUNICIPIOS EL DORADO, CUBARRAL, SAN MARTIN, CABUYARO Y BARRANCA DE UPIA.

TOTAL HORAS:160

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.

Luis Jorge Bernal Diaz

LUIS JORGE BERNAL 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 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,

RAFAEL ANGEL AGUILERA MARTINEZ
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

MARKO ANDRES VARGAS ANGEL
SUBDIRECTOR DE CENTRO (E) G02

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO
CC 11435579	0	BERNAL DIAZ LUIS JORGE	I	0	POSITIVA 14-23	ÚNICA	7414

MUN-DEP	DIRECCIÓN	TELÉFONO	EMAIL
25-269	CRA 5 10 04	8905669	josepulido2608@gmail.com

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN

PERIODO PENSIÓN	PERIODO SALUD	PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERES X MORA	ENTIDAD RECAUDO	ESTADO PLANILLA
2020-10	2020-10	17862338	2020-11-12	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	431.400	0	BANCO AV VILLAS	Pagada

Nº EMP	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LIMITE PAGO
1	17862338	2020-11-16

EMPLEADO			NOVEDADES																	DIAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN			
N.	ID	EMPLEADO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	EPST	AFPT	AFP	EPS	CCF	ARP	NOMBRE	IBC	Cot	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot.	ARL	IBC	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.	Total
1	CC 11435579	BERNAL DIAZ LUIS JORGE																0			30	30	0	30	PORVENIR	1.459.921	233.600	0	0	SALUD TOTAL EPS	1.459.921	182.500	SIN CCF-SINCCF	0	0	1.459.921	15.300	1,044	0	0	0	0	0	1	0	431.400

TOTALES IBC

IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS
1.459.921	1.459.921	1.459.921	0

RESUMEN DE PAGO

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
EPS(Administradoras: 1				1	182.500	0	0	0	182.500
SALUD TOTAL-EPS	EPS002	800130907	4	1	182.500	0	0	0	192.500
ARP(Administradoras: 1				1	15.300	0	0	0	15.300
POSITIVA	14-23	800256161	9	1	15.300	0	0	0	15.300
AFP(Administradoras: 1				1	233.600	0	0	0	233.600
PORVENIR	230301	800224808	6	1	233.600	0	0	0	233.600
Gran Total					431.400	0	0	0	431.400

Villavicencio, 20/Noviembre/2020

Señores
Grupo de Apoyo Administrativo Mixto – Regional Meta
Servicio Nacional de Aprendizaje SENA
Ciudad

Asunto: Solicitud deducible retención en la 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 de la relación laboral por el concepto de dependientes, los cuales relaciono a continuación:

Apellidos y Nombre	**Documento Identidad**	**Calidad del Dependiente:**
Paula Catalina Bernal Colmenares	R.C. 1.070.384.899	Es mi hija menor de 18 años de edad, según consta en el registro civil de nacimiento, el cual se adjunta.

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,

Luis Jorge Bernal Diaz

LUIS JORGE BERNAL DIAZ
C.C. 11.435.579 de Facatativá

Anexo: Relación de documentos que anexa el trabajador.

- Registro civil de nacimiento Si
- Certificado de estudios. No
- Certificado contador público. No
- Certificado medicina legal. No

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1070384899

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 37534799

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 02 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código J 4 K

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

Datos del inscrito

Primer Apellido: BERNAL**********

Segundo Apellido: COLMENARES**********

Nombre(s): PAULA CATALINA**********

Fecha de nacimiento: Año 2004 Mes AGO Día 25

Sexo (en letras): FEMENINO

Grupo Sanguíneo: A

Factor RH: POS

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección): COLOMBIA-CUNDINAMARCA-FACATATIVA

Tipo de Documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO MEDICO**********

Número certificado de nacido vivo: A5436276

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: COLMENARES HERNANDEZ ANGELICA MARIA**********

Documento de identificación (Clase y número): CC Nº 35.526.808 DE FACATATIVA**********

Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: BERNAL DIAZ LUIS JORGE**********

Documento de identificación (Clase y número): CC Nº 11.435.579 DE FACATATIVA****

Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: BERNAL DIAZ LUIS JORGE****

Documento de identificación (Clase y número): CC Nº 11.435.579 DE FACATATIVA**

Firma: Luis Jorge Bernal D

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 2004 Mes AGO Día 27

Nombre y firma del funcionario que autoriza

JORGE FERNANDO RICO ORILLO
Notario Segundo
Nombre y firma

REGISTRO CIVIL

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

ES FIEL COPIA DEL ORIGINAL, SE EXPIDE EN FACATATIVA A LOS ; 28 AGO. 2004

SE EXPIDE A SOLICITUD DEL

EL NOTARIO,

Jorge Fernando Rico O.
Notario Segundo

REPÚBLICA DE COLOMBIA
Salud Total
Este carné sólo valdrá si está al día en sus pagos

1070384899	BERNAL COLMENARES PAULA CATAI	
35526808	09/01/2004	A
6001666	6001666	
NINGUNO	HIJO MENOR DE 18 AÑO 10117196	