SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL SANTANDER
CENTRO DE GESTIÓN AGROEMPRESARIAL DEL ORIENTE-SANTANDER

Código Regional	**68**
Código Centro	**954610**
Fecha Elaboración	**26 noviembre de 2020**
Versión	**AGOSTO 2020 - 5,20**
ID de Proceso	**29179-234609**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: EDWIN YAMITH OLAYA MANTILLA
Correo electrónico contratista: eyolaya@sena.edu.co
C.C. 91.077.023 **IP/Nº de contacto** 3158819651

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 SI **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** SI

Banco al cual consignar: BANCO BBVA **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 336101274

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: 1324954/2020 **Nº Compromiso SIIF** **8320**

Valor Total del Contrato	$ 35.550.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**			**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 4.740.000	**10**	**Del**	**01/11/2020**	**Al** **30/11/2020**	**$ 3.555.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 1.185.000		Comisiones		$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.555.000		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	**$ 3.555.000**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.095.575**		**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	----------	**7770390221**	Valor Base retención en la fuente	2.095.575,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.422.000	$ 1.422.000	Valor Base retención en la fuente ICA	3.149.600,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 177.800	$ 177.800	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 227.600	$ 227.600	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	$ 14.900	$ 14.900	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 8560	6.299,00	0,200%
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	$ 355.500		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 569.712	$ -				
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 698.525		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	**$ 3.548.701,00**	

SON: TRES MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL SETECIENTOS UN PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Noviembre 3,4,5,6,9,10,11,23 y 24 impartir formación ficha 1846401,1846402 y 1848091 Técnico Programación de Software. No. Horas:72
Competencia: Construir el sistema que cumpla RAP-Construir las tablas que hacen parte del diseño del diagrama relacional en el motor d
Noviembre 26,27 y 30 impartir formación ficha 2072257 Técnico Programación de Software. No. Horas:24
Competencia: Construir el sistema que cumpla RAP-Construir las tablas que hacen parte del diseño del diagrama relacional en el motor
Noviembre 12,13,17,18,19 y 20 impartir formación ficha 2072258 y 2072174 Técnico en Sistemas. No. Horas:48
Competencia: Realizar mantenimiento preventivo RAP: Gestionar la información de acuerdo con los procedimientos establecidos y con las
Noviembre 01 al 21 Otras: Realizar activiades de ajuste en la plataforma territorium, Fichas 20722578 y 2072174 No. Horas:16

Horas de Formación: 144 | Horas Administrativas: 16 | Horas Totales: 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.

EDWIN YAMITH OLAYA MANTILLA
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,

CESAR FERNANDO PALENCIA LOPEZ
INSTRUCTOR G10

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

HERIKA BIBIANA ARIZA GONZALEZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	91077023
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			EDWIN YAMITH OLAYA MANTILLA
CIUDAD/MUNICIPIO:	SAN GIL	DEPARTAMENTO:	SANTANDER
DIRECCIÓN:	CALLE 14A NO 1-04	TELÉFONO:	7243558
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de tecnologías
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7770390221**		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):		2020/11/19	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		804003425

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	$ 227.600
SUBTOTAL:			1	**$ 227.600**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 177.800
SUBTOTAL:			1	**$ 177.800**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890903790	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 14.900
SUBTOTAL:			1	**$ 14.900**

TOTAL PAGADO:	**$ 420.300**

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Vélez, 10 de febrero 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:

T.I.	**1100953670**	**Laura Isabella Olaya Correa**	**HIJO**
T.I.	**1100961869**	**María Giuliana Olaya Correa**	**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,

_____
FIRMA

Nombre: Edwin Yamith Olaya Mantilla

C.C. 91.077.023 San Gil

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP: 1.100.961.869

Indicativo Serial: 43114546

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría: X | Notaría: | Número: | Consulado: | Corregimiento: | Inspección de Policía: | Código: R 4 H

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía: REGISTRADURIA DE SAN GIL - COLOMBIA - SANTANDER - SAN GIL

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
OLAYA	CORREA

Nombre(s): MARIA GIULIANA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2010 Mes AGO Día 11	FEMENINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA SANTANDER SAN GIL

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	524893485

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: CORREA ANGARITA JOHANNA MARIA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 28.218.950	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: OLAYA MANTILLA EDWIN YAMITH

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 91.077.023	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: OLAYA MANTILLA EDWIN YAMITH

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 91.077.023	

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 2010 Mes SEP Día 07	JOSE URIEL DEANTONIO AREVALO - RE Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

07.SEP.2010 - LIBRO DE VARIOS - LV 24 F. 0018.

IMPRESO POR CARVAJAL PAPELES Y IMPRESOS S.A. NIT 800.175.657-5 TEL. 430 2110

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

4311454 6

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1100953670

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 38316833

38316833

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código R 4 H

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

REGISTRADURIA DE SAN GIL COLOMBIA SANTANDER SAN GIL**********

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
OLAYA**********	CORREA**********

Nombre(s)

LAURA ISABELLA**********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2006 Mes OCT Día 23	FEMENINO********	O******	+********

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

COLOMBIA SANTANDER SAN GIL**********

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO NACIDO VIVO**********	A6261557**********

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

CORREA ANGARITA JOHANNA MARIA**********

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 0028218950**********	COLOMBIA**********

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

OLAYA MANTILLA EDWIN YAMITH**********

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 0091077023**********	COLOMBIA**********

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

OLAYA MANTILLA EDWIN YAMITH**********

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CEDULA DE CIUDADANIA 0091077023**********	

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 NOV Día 10	JOSE URIEL DEANTONIO AREVALO***** Nombre y firma

510REGISTRADURIA NALnacimiento 11/02/04

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -