SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

**FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES**
**REGIONAL BOYACÁ**
**CENTRO DE DESARROLLO AGROPECUARIO Y AGROINDUSTRIAL**

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **15** |
| **Código Centro** | **911010** |
| **Fecha Elaboración** | **Noviembre de 2020** |
| **Versión** | **AGOSTO 2020 - 5,20** |
| **ID de Proceso** | **15055-610116** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

**Nombres y apellidos contratista:** CARLOS HERNAN CAMARGO BALLESTEROS **C.C.** 74.359.810 **IP/Nº de contacto** 3125293751
**Correo electrónico contratista:** ccamargob@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:** BANCOLOMBIA **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 26225087911

**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:** 1373031/2020 **Nº Compromiso SIIF** **18820**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Valor Total del Contrato** | $ 35.882.826 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 4.936.899 | **10** | **Del** | **01/11/2020** | **Al** | **30/11/2020** | **$ 3.612.365,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 1.324.534 | | Comisiones | | | $ 0,00 | |

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 3.612.365 | 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** | **$ 3.612.365** | Menos, Retefuente Otros Ingresos | | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 2.129.421** | **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** | ---------- | **9411861893** | Valor Base retención en la fuente | 2.129.421,00 | TARIFA |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 1.444.946 | $ 1.444.946 | Valor Base retención en la fuente ICA | 3.200.465,00 | |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 180.700 | $ 180.700 | Valor base IVA | 0,00 | |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 231.200 | $ 231.200 | 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 | $ 15.100 | $ 15.100 | Menos Retencion IVA | 0,00 | 15% |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias | $ - | | Reteica - 8299 | 0,00 | 0,000% |
| 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 | $ 361.237 | | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Salud hasta $ 569.712 | $ - | | | | |
| Renta Exenta 25% $ 8.545.680 | $ 709.807 | | Descuentos de Libranza | 0,00 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | | Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| | | | **VALOR A PAGAR** | **$ 3.612.365,00** | |

**SON: TRES MILLONES SEISCIENTOS DOCE MIL TRESCIENTOS SESENTA Y CINCO PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

03 y 04 de Noviembre. LABRANZAGRANDE 11° 1866593. Recolectar el producto según madurez. Seleccionar en el lote productos a cosechar.
05 y 06 de Noviembre. COPER 11° 1860662. BUENAVISTA 11° 1862912. Sustentación de proyectos productivos de la etapa productiva.
09 al 11 de Noviembre. LABRANZAGRANDE 11° 1866593. PAIPA 11° 1853448. 11° 1852632. Recolectar producto según estados de madurez.
12 y 13 de Noviembre. SANTA ROSA 10° 2062493. Disponer residuos de cosecha. ESTADÍSTICA. Realizar el envío de avances de contrato.
17 y 18 de Noviembre. TOCA 10° 2061957. DUITAMA 10° 2061752. Alistar y operar maquinaria y equipos siguiendo indicaciones del manual.
19 y 20 de Noviembre. PAIPA 10° 2061795. PISBA 10° 2061816. Realiza selección, manipulación de residuos orgánicos para elaborar abonos
23 al 25 de Noviembre. LABRANZAGRANDE 10° 2061783. Alistar maquinaria según manual. PISBA 10° 2061816. Disponer residuos de cosecha.
26 al 27 de Noviembre. PAYA 10° 2061813. SANTA ROSA 10° 2062493. Alistar y operar maquinaria siguiendo indicaciones del manual de uso.
30 de Noviembre. PAIPA 10° 2061795. Disponer residuos de cosecha según requerimientos del cultivo. Realiza selección y uso de residuos

**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.

**CARLOS HERNAN CAMARGO BALLESTEROS**
**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,

**LUIS ALEJANDRO AGUIRRE CAMACHO**
**INSTRUCTOR G19**

**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**

**IVAN MAURICIO ROJAS RUIZ**
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02**

aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 74359810 | | CAMARGO BALLESTEROS CARLOS HERNAN | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | vereda el rosal | PAIPA-BOYACA | 7851086 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2020-10 | 2020-10 | 1000001717 | 9411861893 | I | 2020/11/05 | 2020/11/04 | BANCO BOGOTA | 0 | $427,000 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | | PENSION | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombres | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte |
| **Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | $1,445,000 | $231,200 | | | $1,445,000 | $180,700 | | | $0 | $0 | | | $1,445,000 | $15,100 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $1,445,000 | $231,200 | | | $1,445,000 | $180,700 | | | $0 | $0 | | | $1,445,000 | $15,100 | | $0 | $0 |
| Ciudad: PAIPA Depto: BOYACA ( 1 Afiliados) | | | | | $1,445,000 | $231,200 | | | $1,445,000 | $180,700 | | | $0 | $0 | | | $1,445,000 | $15,100 | | $0 | $0 |
| 1 | CC | 74359810 CAMARGO CARLOS | 230301 | 30 | $1,445,000 | $231,200 | EPS005 | 30 | $1,445,000 | $180,700 | | 0 | $0 | $0 | 14-23 | 30 | $1,445,000 | $15,100 | 0 | $0 | $0 |
| **Total Afiliados( 1)** | | | | | $1,445,000 | $231,200 | | | $1,445,000 | $180,700 | | | $0 | $0 | | | $1,445,000 | $15,100 | | $0 | $0 |

aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 74359810 | | CAMARGO BALLESTEROS CARLOS HERNAN | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | vereda el rosal | PAIPA-BOYACA | 7851086 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2020-10 | 2020-10 | 1000001717 | 9411861893 | I | 2020/11/05 | 2020/11/04 | BANCO BOGOTA | 0 | $427,000 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $231,200 | $0 | $0 | $231,200 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 1 | $231,200 | $0 | $0 | $231,200 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $15,100 | $0 | $0 | $15,100 |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 1 | $15,100 | $0 | $0 | $15,100 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $180,700 | $0 | $0 | $180,700 |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 1 | $180,700 | $0 | $0 | $180,700 |
| **TOTAL** | | | | **1** | **$427,000** | **$0** | **$0** | **$427,000** |

*CERTIFICACION DEPENDIENTES*

Duitama, 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:

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NUIP - NIP** | **1052838017** | **MARIAPAULA CAMARGO PIZA** | **HIJO** |

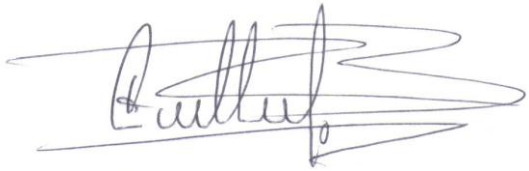
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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,



_____

**CARLOS HERNÁN CAMARGO BALLESTEROS**
**C.C. 74.359.810 de PAIPA**

**REPÚBLICA DE COLOMBIA**

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

NOTARIA PRIMERA DUITAMA BOY.

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

**NUIP** 1052838017

**Indicativo Serial** 39438016 DYX

*394380016*

***Datos de la oficina de registro - Clase de oficina***

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 18 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** 1471

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía: COLOMBIA.BOYACA.DUITAMA

***Datos del inscrito***

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| CAMARGO | PIZA |

Nombre(s): MARIAPAULA

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo Sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2005 Mes 11 Día 15 | FEMENINO | O | POSITIVO |

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA.BOYACA.DUITAMA

| Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO MEDICO | A 6637664 |

***Datos de la madre***

Apellidos y nombres completos: PIZA CASTILLO DORIS SIRLEY

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| C.C. 46.451.577 DE DUITMA | COLOMBIANA |

***Datos del padre***

Apellidos y nombres completos: CAMARGO BALLESTEROS CARLOS HERNAN

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| C.C. 74.359.810 DE PAIPA | COLOMBIANO |

***Datos del declarante***

Apellidos y nombres completos: CAMARGO BALLESTEROS CARLOS HERNAN

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| C.C. 74.359.810 DE PAIPA | [firma] |

***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 2005 Mes 12 Día 15 | [firma] Nombre y firma |

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

**ESPACIO PARA NOTAS**

ENMENDADO DUITAMA. VALE - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -

[firma]

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO—

© FEGR S.A. NIT. 890.321.151-0