SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL SANTANDER
CENTRO INDUSTRIAL DEL DISEÑO Y LA MANUFACTURA-SANTANDER - SERVIC

Código Regional	68
Código Centro	922510
Fecha Elaboración	30 diciembre de 2020
Versión	AGOSTO 2020 - 5,20
ID de Proceso	62821-016734

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	WILLIAM PINZON ESTUPIÑAN	**C.C.**	91.474.597	**IP/Nº de contacto**	3168521074
Correo electrónico contratista:	williampinzon@misena.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 CAJA SOCIAL | **Tipo de cta** AHORROS | **Nº Cuenta** 24080930521

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 Nº 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 Nº 558: N/A

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato:	1402145/2020			**Nº Compromiso SIIF**	15720		
Valor Total del Contrato	$ 36.259.006	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 1.516.056	**11**	**Del**	**01/12/2020**	**Al**	**12/12/2020**	**$ 1.516.056,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 0		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 1.516.056	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	**$ 1.516.056**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 835.613**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**		**$ 0**

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR

	Diciembre	Noviembre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**4359221604**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 877.803	$ 1.516.056
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 109.800	$ 189.600
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 140.500	$ 242.600
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL III	$ 21.400	$ 37.000
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	$ 151.606	
Salud hasta $ 569.712	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 278.538	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	835.613,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	1.265.756,00	
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	7.595,00	0,600%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	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	**$ 1.508.461,00**	

SON: UN MILLÓN QUINIENTOS OCHO MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y UN PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

FICHAS TITULADA: 2067451, 2183216, 2183217, 2164066
APLICAR TECNICAS DE CULTUTA FÍSICA
TEST DE ENTRADA
PAR-Q
TRABAJO CON PESO CORPORAL
INFORME DE RIESGOS ERGÓNOMICOS CON RUTINA DE PAUSAS ACTIVAS

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.

WILLIAM PINZON ESTUPIÑAN
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 periodo 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,

JAIRO ORLANDO RAMIREZ MONTERO
INSTRUCTOR

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

JUAN MANUEL CASTILLO CALDERON
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:	91474597
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			WILLIAN PINZON ESTUPINAN
CIUDAD/MUNICIPIO:	FLORIDABLANCA	DEPARTAMENTO:	SANTANDER
DIRECCIÓN:	CRA 44 # 198 -125	TELÉFONO:	6758139
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadores de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			4359221604	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	noviembre	AÑO 2020	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	noviembre	AÑO 2020
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2020/11/03	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			9993479495

TOTAL APORTES A PENSION

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
14-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 242.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 242.600	$ 0	$ 242.600
SUBTOTALES:										$ 242.600	$ 0	$ 242.600

TOTAL APORTES A SALUD

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN UPC	MORA COTIZACIÓN	MORA UPC	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS008	EPS008-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 189.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 189.600	$ 0	$ 0	$ 189.600
SUBTOTALES:													$ 189.600	$ 0	$ 0	$ 189.600

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	INCAPACIDAD IRP PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 37.000	$ 37.000	$ 0	$ 0	$ 37.000
SUBTOTALES:									$ 37.000	$ 0	$ 0	$ 37.000

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

SEC	DATOS DEL COTIZANTE: TIPO IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	NOVEDADES: ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	91474597	PINZON ESTUPINAN WILLIAM	INDEPENDIENTE NTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.516.056			NO																	

SEC	SEGURIDAD SOCIAL: PENSIÓN ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	SALUD ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	PARAFISCALES IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	14-14 COLPENSIONES	30	$ 1.516.056	$ 242.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 242.600	EPS008-SANITAS S.A.	30	$ 1.516.056	$ 189.600	$ 0	$ 189.600	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.516.056	91474597	$ 37.000		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 469.200

CERTIFICACION DEPENDIENTES

FLORIDABLANCA, 14 de diciembre 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:

T.I	**1097107465**	**SERGIO ANDRES PINZON SANCHEZ**	**HIJO**
T.I.	**1095789230**	**MARIANA PINZÓN SANCHEZ**	**HIJA**

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: WILLIAM PINZÓN ESTUPIÑAN

C.C. 891474597

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1097107465

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 44015052

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [07] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** Q 5 E

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

Datos del Inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
PINZON	SANCHEZ

Nombre(s)
SERGIO ANDRES **********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2010 Mes ENE Día 29	Masculino	AB	Negativo

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

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	52295117-2

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos
SANCHEZ MARTINEZ EDNA MARIA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC NRO.63.393.368 DE MALAGA	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos
PINZON ESTUPIÑAN WILLIAM

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC NRO. 91.474.597 DE B/MANGA	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos
PINZON ESTUPIÑAN WILLIAM

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC NRO. 91.474.597 DE B/MANGA	

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 ENE Día 30	HECTOR ELIAS ARIZA VELASCO NOTARIO SEPTIMO DEL CIRCULO DE BUCARAMANGA Nombre y firma

IMPRESO POR **DANARANJO S.A** NIT 860.013.711-5 10393 10-2008

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

44015052

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1095789230

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 38886515

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policia	Código
X						Q 2 T

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

REGISTRADURIA DE FLORIDABLANCA COLOMBIA SANTANDER FLORIDABLANCA*****

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
PINZON**********	SANCHEZ**********

Nombre(s)

MARIANA**********

Fecha de nacimiento									Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año	2	0	0	4	Mes	S	E	P	Día 1 6	FEMENINO********	B*******	+********

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

COLOMBIA SANTANDER FLORIDABLANCA**********

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO**********	A5933301**********

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

SANCHEZ MARTINEZ EDNA MARIA**********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidd
CEDULA DE CIUDADANIA 0063393368**********	COLOMBIA**********

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

PINZON ESTUPIÑAN WILLIAM**********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 0091474597**********	COLOMBIA**********

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

PINZON ESTUPIÑAN WILLIAM**********

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CEDULA DE CIUDADANIA 0091474597**********	William Pinzón Estupiñan

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 2 0 0 4 Mes S E P Dia 2 4	**ALVARO SANTAMARIA COLMENARES***
	Nombre y firma

IMPRESO POR DANARANJO S.A. NIT 860.013.711-5 35-3755-03

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

3888651551*

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
ENTREGA DE BIENES E INFORMACIÓN DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL POR EL CONTRATISTA

LUGAR: Floridablanca
FECHA: 12/12/2020
REGIONAL: Santander

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS:	IDENTIFICACIÓN
WILLIAM PINZON ESTUPIÑAN	91474597
DIRECCIÓN U OFICINA DONDE SE EJECUTÓ EL CONTRATO: Kilometro 6, Via Floridablanca Nº 50-33	
NÚMERO Y FECHA DE CONTRATO: CO1.PCCNTR.1402145 2020 24/02/2020	

CAUSAL DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO

LIQUIDACIÓN POR MUTUO ACUERDO	X	CESIÓN		LIQUIDACIÓN ANTICIPADA POR MUTUO ACUERDO		TERMINACIÓN UNILATERAL	

DEPENDENCIA SENA	Marcar con x	RESPONSABLES	
		NOMBRES	FIRMA
GESTIÓN DE TIC	X	LUBING OSWALDO CONTRERAS SANDOVAL	Lubing Contreras
ADMINISTRACIÓN DE DOCUMENTOS	X	MATILDE VALLEJO GOMEZ	
ENTREGA CARNÉ (A Supervisor del Contrato en las Regionales y Centros de Formación) SECRETARÍA GENERAL		JAIRO ORLANDO RAMIREZ MONTERO	
ALMACÉN E INVENTARIOS		DIANA MARCELA BECERRA CEDIEL	
SERVICIOS GENERALES, ADQUISICIONES (Administración de edificio; Contratación)		JHON FREDY SARMIENTO CALDERÓN	
CONTABILIDAD		NA	
TESORERIA		NA	
COORDINACIÓN DE: ÁREA/GRUPO/ ACADEMICA		NA	
BIBLIOTECA		HENRY ARTURO LEAL OLAYA	
OTRO			
OTRO			
SUPERVISOR DE CONTRATO		JAIRO ORLANDO RAMIREZ MONTERO	

ELEMENTOS FALTANTES U OBLIGACIONES PENDIENTES (Relacionar con su respectivo valor)

OTROS : _____

WILLIAM PINZON ESTUPIÑAN

WILLIAM PINZON ESTUPIÑAN
Firma del Contratista