SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL RISARALDA
CENTRO ATENCION SECTOR AGROPECUARIO-RISARALDA-EMPRENDE RURAL

Código Regional	**66**
Código Centro	**912110**
Fecha Elaboración	**14 diciembre de 2020**
Versión	**AGOSTO 2020 - 5,20**
ID de Proceso	**31388-967886**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: GEOVANY ENRIQUE MORENO SANTAMARIA
Correo electrónico contratista: gemoreno31@misena.edu.co
C.C. 15.959.513 **IP/Nº de contacto** 63113

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 ?** SI

Banco al cual consignar: BANCO CAJA SOCIAL **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 24072261387

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: 1731821/2020 **Nº Compromiso SIIF** 57420

Valor Total del Contrato	$ 13.287.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 1.236.000	**5**	**Del**	**01/12/2020**	**Al**	**12/12/2020**	**$ 1.236.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 0		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 1.236.000		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	$ 3.090.000			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 4.326.000**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.468.100**		**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	----------	**6602485915**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 877.803	$ 1.236.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 109.800	$ 154.500
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 140.500	$ 197.800
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 9.200	$ 13.000
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	$ 197.800	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 154.500	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 13.000	
Dependientes hasta $ 1.139.424	$ 432.600	
Salud hasta $ 569.712	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 822.700	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.468.100,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	985.700,00	
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	1.971,00	0,200%
-	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	**$ 1.234.029,00**	

SON: UN MILLÓN DOSCIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL VEINTINUEVE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

SE REALIZO CLASES VIRTUALES A LOS GRUPOS DE NEGOCIOS RURALES EN SANTA ROSA CON FICHA 2184319
Y DOSQUEBRADAS CON FICHA 2183142 OCUPACION RURAL FICHA 2224312
SE REALIZO PROYECTO FORMATIVO PARA CADA GRUPO, SE APROBO Y PUBLICO
SE HAREALIZADO FORMACIONES COMBINADAS CON LOS GRUPOS
SE REALIZO ASOCIACION DE APRENDICES A RUTA EN SOFIA PLUS Y EVALUACI0ON DE GRUPO TERMINADO
CUENTA DE AHORROS 24072261387 BANCO CAJA SOCIAL
PEREIRA

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.

GEOVANY ENRIQUE MORENO SANTAMARIA
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,

NATALIA MARULANDA MENDEZ
INSTRUCTOR G15

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

GERMAN ANDRES SANCHEZ SANCHEZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	15959513
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			GEOVANY ENRIQUE MORENO MORENO SANTAMARIA
CIUDAD/MUNICIPIO:	ARMENIA	DEPARTAMENTO:	QUINDIO
DIRECCIÓN:	CRA 21 # 20-38	TELÉFONO:	3646868
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras 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:		**6602485915**		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):		2020/12/07		NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9993028422

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 197.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 197.800	$ 0	$ 197.800
SUBTOTALES:										**$ 197.800**	**$ 0**	**$ 197.800**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS044	EPS044-MEDIMÁS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 154.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 154.500	$ 0	$ 0	$ 154.500
SUBTOTALES:													**$ 154.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 154.500**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 13.000	$ 13.000	$ 0	$ 0	$ 13.000
SUBTOTALES:									**$ 13.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 13.000**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																								PARAFISCALES							
																												PENSIÓN								SALUD						ARP																	
																															FSP		APORTES VOLUNTARIOS																											
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
																																																				ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 15959513	MORENO SANTAMARIA GEOVANY ENRIQUE	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.236.000				NO																		25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.236.000	$ 197.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 197.800	EPS044-MEDIMÁS	30	$ 1.236.000	$ 154.500	$ 0	$ 154.500	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.236.000	15959513	$ 13.000		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 365.300**

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 14 de diciembre de 2014

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.	**1092463214**	**SOFIA MORENO GUARIN**	**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: GEOVANY ENRIQUE MORENO SANTAMARIA

C.C. 15.959.513

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1.092.463.214

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 50488677

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 04 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código N 4 Z

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

NOTARIA 4 ARMENIA - COLOMBIA - QUINDIO - ARMENIA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MORENO	GUARIN

Nombre(s): SOFIA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2013 Mes JUL Día 05	FEMENINO	O	NEGATIVO

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

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	11870360-5

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: GUARIN ARANGO CATALINA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.093.212.576	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: MORENO SANTAMARIA GEOVANY ENRIQUE

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 15.959.513	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: GUARIN ARANGO CATALINA

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.093.212.576	Catalina Guarin A.

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 2013 Mes JUL Día 16	GILBERTO RAMIREZ ARCILA - NOTARIO Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
X GEOVANY ENRIQUE MORENO S. Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

16.JUL.2013 - LIBRO DE VARIOS - #387.

16 JUL 2013

NOTARIA CUARTA ARMENIA Q.
COMO NOTARIO CUARTO DEL CIRCULO DE ARMENIA, QUINDIO, DOY FE QUE LA PRESENTE FOTOCOPIA ESTA TOMADA DE SU ORIGINAL QUE REPOSA EN ESTA NOTARIA
SE EXPIDE PARA: Trámites
A SOLICITUD DE Catalina Guarin
IDENTIFICADO CON C.C. Nº 1.093.212.576
CALLE 20 # 15-35 ARMENIA - QUINDIO
TELEFONOS: 741 15 60 - 740 [illegible]
NOTARIO CUARTO

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Scanned by CamScanner

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

LUGAR: Pereira
FECHA: 4/12/2020
REGIONAL: Risaralda

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: GEOVANY ENRIQUE MORENO SANTAMARIA	IDENTIFICACIÓN
	C.C. No 15.959.513
DIRECCIÓN U OFICINA DONDE SE EJECUTÓ EL CONTRATO: Carrera 8 # 26- 79 Pereira - Risaralda	
NÚMERO Y FECHA DE CONTRATO: . C01.PCCNTR.1731821	

CAUSAL DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO

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

DEPENDENCIA SENA	Marcar con x	RESPONSABLES	
		NOMBRES	FIRMA
GESTIÓN DE TIC	X	VIVIANA MARCELA ARCILA SALAZAR	
ADMINISTRACIÓN DE DOCUMENTOS	X	MARIA EUGENIA ALVAREZ DIAZ	
ENTREGA CARNÉ (A Supervisor del Contrato en las Regionales y Centros de Formación) SECRETARÍA GENERAL	X	JULIO CESAR ZAPATA LOPEZ	
ALMACÉN E INVENTARIOS	X	OLMES MARINO MARINO TRUJILLO	
SERVICIOS GENERALES, ADQUISICIONES (Administración de edificio; Contratación)		**N/A**	
CONTABILIDAD	X	GLORIA AMPARO OROZCO QUINTERO	
TESORERIA	X	MARIA CONSUELO CANO CHIQUITO	Maria Consuelo Cano Chiquito
COORDINACIÓN DE: ÁREA/GRUPO/ ACADEMICA	X	NATALIA MARULANDA MENDEZ	
ADMINISTRACION EDUCATIVA	x	YEIME MARITZA CAMPOS CRUZ	
OTRO		**N/A**	
SUPERVISOR DE CONTRATO	X	NATALIA MARULANDA MENDEZ	

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

OTROS: _____

Firma del Contratista