

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL CASANARE CENTRO AGROINDUSTRIAL Y FORTALECIMIENTO EMPRESARIAL DE CASANAR		Código Regional	85
			Código Centro	951910
			Fecha Elaboración	Diciembre de 2020
			Versión	AGOSTO 2020 - 5,20
			ID de Proceso	50842-312380
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista:		FREDY ANDRES ALCAZAR CABALLERO faalcazar18@misena.edu.co		C.C.
Correo electrónico contratista:				IP/N° de contacto
Régimen del IVA:		NO RESPONSABLE		Pertenece al régimen simple de tributación?
				NO
Sus ingresos en el 2019 Superaron \$47.978.000		NO		Inducción SST
				SI
Banco al cual consignar:		BANCO DE BOGOTA		Presta Servicios Excluidos de IVA ?
				SI
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				
N° del contrato:	1440730/2020	N° Compromiso SIIF	35220	
Valor Total del Contrato	\$ 22.820.000	N° Pago	5	Periodo objeto de pago
Saldo Anterior del Contrato	\$ 4.792.200	Del	01/12/2020	Al
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 2.053.800	Comisiones	\$ 0,00	Valor Bruto Pago
				\$ 2.738.400,00
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios	\$ 2.738.400	Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°	5,29%	
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 248.198	
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 5.216.000	Menos, Rete Fuente Otros Ingresos	\$ 0	
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 7.954.400	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 248.198	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 4.688.970			
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	Diciembre	Noviembre	Valor Base retención en la fuente	4.688.970,00
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.095.360	\$ 2.086.400	Valor Base retención en la fuente ICA	2.426.100,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 137.000	\$ 260.800	Valor base IVA	0,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 175.300	\$ 333.900	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente	248.198,00
ARL	\$ 5.800	\$ 10.900	Menos Retención IVA	0,00
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -		Reteica - 8299	24.261,00
Aportes voluntarios a cuentas AFC	\$ -		Otras Retenciones	0,00
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.128.000	\$ -		Otras Retenciones	0,00
Intereses Prestamo de Vivienda	\$ 3.560.700		Otras Retenciones	0,00
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 333.900		Otras Retenciones	0,00
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 260.800		Otras Retenciones	0,00
Aportes A.R.L. de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 10.900		Otras Retenciones	0,00
Dependientes hasta	\$ 1.139.424	\$ 795.440	Descuentos de Libranza	0,00
Salud hasta	\$ 569.712	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00
Renta Exenta 25%	\$ 8.545.680	\$ 1.562.990	VALOR A PAGAR	\$ 2.465.941,00
Retención en la Fuente Contingente	\$ -			
SON: DOS MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS CUARENTA Y UN PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
desarrollo de las ficha 2239001 Contabilización de operaciones de la empresa. Se realizaron 64 horas en diciembre y 20 de nov para un total de horas de 84				
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.			FREDY ANDRES ALCAZAR CABALLERO EL CONTRATISTA	
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO				
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:			Autorizo el presente pago. El Supervisor,	
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.			EDWIN ALONSO QUINTERO INSTRUCTOR G11	
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				
JOHANA ASTRID MEDINA PEÑA DIRECTOR REGIONAL				

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	\$ 333.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 333.900	\$ 0	\$ 333.900
SUBTOTALES:										\$ 333.900	\$ 0	\$ 333.900

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	\$ 260.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 260.800	\$ 0	\$ 0	\$ 260.800
SUBTOTALES:													\$ 260.800	\$ 0	\$ 0	\$ 260.800

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	\$ 10.900	\$ 10.900	\$ 0	\$ 0	\$ 10.900
SUBTOTALES:									\$ 10.900	\$ 0	\$ 0	\$ 10.900

[illegible]

TOTAL	\$ 605.600
--------------	-------------------

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Yopal, 12 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 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:

NUIP - NIP	1222127994	Martín Alcázar Adame	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: FREDY ANDRES ALCAZAR CABALLERO

C.C. 74083081

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

NUIP 1.222.127.994

**REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO**

Indicativo
Serial **56828504**



- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒ Notaría ☐ Número ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código A F A

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
REGISTRADURIA DE YOPAL-H LA YOPAL - COLOMBIA - CASANARE - YOPAL....

Datos del inscrito

Primer Apellido **ALCAZAR.** Segundo Apellido **ADAME.**
Nombre(s) **MARTIN.**
Fecha de nacimiento Año **2017** Mes **ENE** Día **16** Sexo (en letras) **MASCULINO** Grupo sanguíneo **0** Factor RH **POSITIVO**
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA CASANARE YOPAL.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO. Número certificado de nacido vivo
13870036-7.

Datos de madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)
Apellidos y nombres completos **ADAME MARQUEZ BLANCA LUZ DARY.**

Documento de identificación (Clase y número) **CC 47.420.059.** Nacionalidad **COLOMBIA.**

Datos de padre o madre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)
Apellidos y nombres completos **ALCAZAR CABALLERO FREDY ANDRES.**

Documento de identificación (Clase y número) **CC 74.083.081.** Nacionalidad **COLOMBIA.**

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos **ALCAZAR CABALLERO FREDY ANDRES.**
Documento de identificación (Clase y número) **CC 74.083.081.** 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 Año **2017** Mes **ENE** Día **18** Nombre y firma del funcionario que autoriza
HECTOR ARIEL LOPEZ DAZA - REGISTR

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

ESPACIO PARA NOTAS



LITOGRAFIA DINAMICA

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	\$ 175.300	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 175.300	\$ 0	\$ 175.300
SUBTOTALES:										\$ 175.300	\$ 0	\$ 175.300

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	\$ 137.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 137.000	\$ 0	\$ 0	\$ 137.000
SUBTOTALES:													\$ 137.000	\$ 0	\$ 0	\$ 137.000

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	\$ 5.800	\$ 5.800	\$ 0	\$ 0	\$ 5.800
SUBTOTALES:									\$ 5.800	\$ 0	\$ 0	\$ 5.800

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																						
DATOS DEL COTIZANTE												NOVEDADES										SEGURIDAD SOCIAL																		PARAFISCALES														
Nº	IDENTIFICA CIÓN	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	PENSIÓN				SEGURIDAD SOCIAL				SALUD				ARP			IBC	CCF					SENA	ICBF	ESAP	MINEDU				
																										ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC		TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO					TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	TOTAL APORTE
1	CC 74083081	ALCAZAR CABALLERO FREDY ANDRES	INDEPENDIE NTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		\$ 1.095.360			NO																		25-14 COLPENSI ONES	30	1.095.360	\$ 1.775.300	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 175.300	EPS044- MEDIMÁS	30	1.095.360	\$ 137.000	\$ 0	\$ 137.000	14-23- POSITIVA COMPAÑI A DE SEGUROS S.A.	30	1.095.360	\$ 74083081	\$ 5.800	\$ 0		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL	\$ 318.100
--------------	-------------------



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

LUGAR: YOPAL
FECHA: 13/12/2020
REGIONAL: CASANARE

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS:

FREDY ANDRES ALCAZAR CABALLERO

IDENTIFICACIÓN

C.C. No 74083081

CAFECA

DIRECCIÓN U OFICINA DONDE SE EJECUTÓ EL CONTRATO:

NÚMERO Y FECHA DE CONTRATO: CO1.PCCNTR.1440730 del 18 de marzo de 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		Luis Eduardo Rodriguez Boyaca	
ADMINISTRACIÓN DE DOCUMENTOS		Edwin Alonso Quintero	Alejandro Contreras
ENTREGA CARNÉ (A Supervisor del Contrato en las Regionales y Centros de Formación) SECRETARÍA GENERAL		Edwin Alonso Quintero	Alejandro Contreras
ALMACÉN E INVENTARIOS		Alirio Lozano Vargas	
SERVICIOS GENERALES, ADQUISICIONES (Administración de edificio; Contratación)		N/A	N/A
CONTABILIDAD		Miriam Ramirez Rincon	
TESORERIA		Maria Sorley Velandia Comayan	
COORDINACIÓN DE: ÁREA/GRUPO/ ACADEMICA		Edwin Alonso Quintero	Alejandro Contreras
BIBLIOTECA		Yolanda Maria Gutiérrez Castañeda y/o Maria Aleida Henao Ayala	
OTRO			
OTRO			
SUPERVISOR DE CONTRATO		Edwin Alonso Quintero	Alejandro Contreras

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

OTROS:

Firma del Contratista

SH-F-07 V.03