

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL ANTIOQUIA CENTRO DE DISEÑO Y MANUFACTURA DEL CUERO - ANTIOQUIA		Código Regional	5
			Código Centro	920110
			Fecha Elaboración	Marzo de 2020
			Versión	ENERO 2020 - 1,20
			ID de Proceso	88486-438695
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista:		JUAN DE JESUS VIVAS ALARCON		C.C.
Correo electrónico contratista:		vivasjuan79@misena.edu.co		1.121.878.447
Régimen del IVA:		NO RESPONSABLE		IP/N° de contacto
Sus ingresos en el 2019 Superaron \$47.978.000		NO		43163
Banco al cual consignar:		BANCOLOMBIA		Es Pensionado?
Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato?		NO		NO
Inducción SST		SI		Es Pensionado?
Presta Servicios Excluidos de IVA ?		SI		NO
Tipo de cta		AHORROS		N° Cuenta
N° Cuenta		79966704018		
DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO				
N° del contrato:	1347076/2020		N° Compromiso SIIF	7220
Valor Total del Contrato	\$ 38.533.192	N ° Pago	2	
Saldo Anterior del Contrato	\$ 35.501.072	Periodo objeto de pago	Del 01/03/2020 Al 31/03/2020	
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 31.710.922	Comisiones	\$ 0,00	
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios	\$ 3.790.150	Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°	0,00%	
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0	
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0	
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 3.790.150	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 2.518.463			
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	Marzo	Febrero	Valor Base retención en la fuente	2.518.463,00
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.516.060	\$ 1.212.848	Valor Base retención en la fuente ICA	3.357.950,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 189.600	\$ 151.700	Valor base IVA	0,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 242.600	\$ 194.100	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00
ARL	\$ 8.000	\$ 6.400	Menos Retención IVA	0,00
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -	\$ -	Menos Retención IVA	0,00
Aportes voluntarios a cuentas AFC	\$ -	\$ -	Retencia - 8299	0,00
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.128.000	\$ -	\$ -	Jaime Isaza Cadavid	15.161,00
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.560.700	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Aportes A.R.L. de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Dependientes hasta \$ 1.139.424	\$ -	\$ -	Descuentos de Libranza	0,00
Salud hasta \$ 569.712	\$ -	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00
Renta Exenta 25% \$ 8.545.680	\$ 839.488	\$ -	VALOR A PAGAR	\$ 3.774.989,00
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	\$ -		
SON: TRES MILLONES SETECIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y NUEVE PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
DE CONFORMIDAD CON EL ANEXO INFORME DE ACTIVIDADES QUE REPOSA EN EL EXPEDIENTE DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES NO.1276 DE 2019 SE DIO CUMPLIMIENTO AL SIGUIENTE OBJETO CONTRACTUAL: 5_9201_121 Y 122 PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE CARACTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR PARA ORIENTAR PROGRAMAS DE FORMACIÓN COMPLEMENTARIA PRESENCIAL EN PROGRAMAS DE LA RED DE CUERO CALZADO Y MARROQUINERIA EN EL MARCO DEL PROGRAMA DE DESPLAZADOS DEL CENTRO DE DISEÑO Y MANUFACTURA DEL CUERO				
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.			 JUAN DE JESUS VIVAS ALARCON EL CONTRATISTA	
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO				
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí 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, JUAN CARLOS BLANDON ESTRADA COORDINADOR ACADÉMICO	
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				
CLAUDIA ELENA LÓPEZ PEREZ SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)				

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Bogotá, 17 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 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:

C.C.	40.360.047	Melva Alarcón Tabares	MADRE
C.C.	17.265.186	Juan De Jesús Vivas Martínez	PADRE

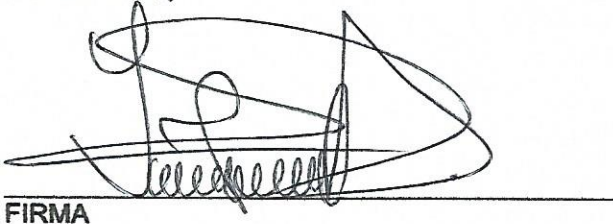
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Padre o hermano que se encuentra en situación de dependencia, por ingresos en el año menores a 260 UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.

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: JUAN DE JESUS VIVAS ALARCON

C.C. 1.121.878.447 DE VILLAVICENCIO.

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1121878447
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	JUAN DE JESUS VIVAS ALARCON	
CIUDAD/MUNICIPIO:	CHIGORODO	DEPARTAMENTO: ANTIOQUIA
DIRECCIÓN:	CR 99B N 96-30	TELÉFONO: 5149290
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO	

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	7745501043	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: febrero	PERIODO COTIZACIÓN MES: febrero
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2020	SALUD: AÑO: 2020
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2020/03/03	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 572656470

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	\$ 242.600
SUBTOTAL:			1	\$ 242.600
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
901097473	EPS044	EPS044-MEDIMÁS	1	\$ 189.600
SUBTOTAL:			1	\$ 189.600
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	\$ 8.000
SUBTOTAL:			1	\$ 8.000

TOTAL PAGADO:	\$ 440.200
----------------------	-------------------