

 FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL DISTRITO CAPITAL CENTRO DE ELECTRICIDAD Y ELECTRONICA Y TELECOMUNICACION - BTA DC		Código Regional	11
		Código Centro	921010
		Fecha Elaboración	30 de junio de 2020
		Versión	MAYO 2020 - 4,20
		ID de Proceso	53751-713590
DATOS DEL CONTRATISTA			
Nombres y apellidos contratista:		AURA CAROLINA ROMERO MORENO	
Correo electrónico contratista:		aurcar.romero@misena.edu.co	
C.C.		52.837.794	
IP/N° de contacto		3012115723	
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:		DAVIVIENDA	
Tipo de cta		AHORROS	
N° Cuenta		475700044591	
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:		☐ NO	
Se acogió para el mes anterior, al pago parcial del aporte al Sistema General de Pensiones según el Art. 3 del Decreto N° 558:		☐ NO	
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:		☐ NO	
DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO			
N° del contrato:		1338504/2020	
N° Compromiso SIIF		5220	
Valor Total del Contrato		\$ 23.182.362	
Saldo Anterior del Contrato		\$ 8.831.376	
Nuevo Saldo del Contrato		\$ 5.151.636	
N° Pago		5	
Periodo objeto de pago		Del 01/06/2020 Al 30/06/2020	
Comisiones		\$ 0,00	
Valor Bruto Pago		\$ 3.679.740,00	
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Ingresos por honorarios		\$ 3.679.740	
Ingresos por comisiones		\$ 0	
Ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 0	
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO		\$ 3.679.740	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 2.169.125	
Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°		0,00%	
Retención en la Fuente del Periodo		\$ 0	
Menos, Rete Fuente Otros Ingresos		\$ 0	
TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0	
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR			
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		Junio Mayo	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.471.896 \$ 1.471.896	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 184.000 \$ 184.000	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 235.600 \$ 235.600	
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ - \$ 0	
ARL IV		\$ - \$ 0	
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		\$ 367.974	
Salud hasta \$ 569.712		\$ -	
Renta Exenta 25% \$ 8.545.680		\$ 723.042	
Retención en la Fuente Contingente		\$ -	
Valor Base retención en la fuente		2.169.125,00	
Valor Base retención en la fuente ICA		3.260.140,00	
Valor base IVA		0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)		0,00 19%	
Menos Retención en la Fuente		0,00 0,00%	
Menos Retención IVA		0,00 15%	
Reteica - 8299		31.493,00 0,966%	
Aporte Voluntario Dec. 568/2020		0,00 0,000%	
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		\$ 3.648.247,00	
SON: TRES MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y SIETE PESOS M/CTE			
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO			
<p>Ficha: 1837029; Tecnólogo en mantenimiento de equipo Biomédico; Se impartió la competencia 290201065 Ejecución de mantenimiento de equipos biomédicos. Con las siguientes actividades:</p> <p>Bioseguridad, tecnovigilancia, funcionalidad de los equipos biomédicos, principios de funcionamiento, diagrama de bloques de sistemas y subsistemas de los equipos biomédicos, manejo de formatos de ejecución del mantenimiento, cronogramas de mantenimiento, protocolos. funcionalidad de los equipos biomédicos.</p> <p>Actividades del grupo de Investigación; proyecto para la renovación del ambiente de biomédica y semillero de investigación. Documentación para la ejecución de procesos de adecuación del ambiente de formación y compra de equipos, como parte del proyecto de modernización. Trabajo con el semillero IoT en los entregables del proyecto de modernización del ambiente de biomédica.</p>			
PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:			
<p>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.</p>			
		 AURA CAROLINA ROMERO MORENO EL CONTRATISTA	
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO			
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí 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.			
		JOSE IVAN SANCHEZ ALFONSO INSTRUCTOR G20	
<p>Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:</p> <p>EL ORDENADOR DEL PAGO</p>			
<p align="center">_____ CLAUDIA JANET GOMEZ LARROTTA SUBDIRECTORA DE CENTRO G02</p>			

Información básica de la planilla

Empresa:	AURA CAROLINA ROMERO MORENO	NIT:	52837794
Tipo Planilla:	I	Periodo liquidación Pensiones:	mayo 2020
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	Periodo liquidación Salud:	mayo 2020
Número de Radicación:	43327751	Total a pagar:	\$419,600
Fecha de vencimiento:	30/09/2020	Total de empleados:	1
Fecha de Pago:	10/06/2020	Número de Administradoras:	2

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	Nit recaudo:	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	Medio de Pago:	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCO DAVIVIENDA	Número Autorización:	649512945
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
230301	800224808	Porvenir	1		\$0	\$235,600
EPS005	800251440	Sanitas EPS	1		\$0	\$184,000
						\$419,600

***Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Bogotá, 30 de junio de 2020

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIAJE (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:

R.C.	1016605609	Ana María Delgado Romero	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: Aura Carolina Romero Moreno

C.C. 52837794

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

NUIP 1016605609

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

55703669

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐	Notaría ☒	Número 05	Consulado ☐	Corregimiento ☐	Inspección de Policía ☐	Código 10 0 5
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía						
***** COLOMBIA ***** CUNDINAMARCA ***** BOGOTA *****						

Datos del inscrito

Primer Apellido		Segundo Apellido	
DELGADO*****		ROMERO*****	
Nombre(s)			
ANA MARIA*****			
Fecha de nacimiento			
Año	2016	Mes	FEB
Día	12	Sexo (en letras)	FEMENINO
Grupo sanguíneo	O	Factor RH	POSITIVO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)			
***** COLOMBIA ***** CUNDINAMARCA ***** BOGOTA D.C. *****			

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	13643669-8

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos	
ROMERO MORENO AURA CAROLINA*****	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 52837794 DE BOGOTA	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos	
***** DELGADO RINCON JAIME ARLEY *****	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 80871399 DE BOGOTA	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos	
DELGADO RINCON JAIME ARLEY*****	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. No. 80871399 DE BOGOTA	<i>Jaime Arley Delgado Rincon</i>

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 2016 Mes FEB Día 23	ANDRÉS HIBER AREVALO PACHECO

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

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -



55703669

NOTARIA 5a DEL CIRCULO DE BOGOTA D.C.

LA PRESENTE FOTOCOPIA FUE TOMADA DEL ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA NOTARIA SE EXPIDE A SOLICITUD DEL INTERESADO PARA DEMOSTRAR PARENTESCO DE CONFIRMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN LOS ARTICULOS 115 DECRETO 1240 DE 1970 Y 1er DECRETO 273 DE 1972 ESTE REGISTRO NO TIENE FECHA DE VENCIMIENTO. ARTICULO 2 DECRETO 2100 DE 1993.

TOMO: _____ FOLIO _____

SERIAL No.: 55703669

BOGOTA D.C. 23 FEB. 2016
CON DESTINO AL INTERESADO



ESPACIO EN BLANCO
NOTARIA 5a