

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	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	Junio de 2020
			Versión	MAYO 2020 - 4,20
			ID de Proceso	59669-262209
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista:		ANDERSSON URIBE PARADA		C.C.
Correo electrónico contratista:		auribep@sena.edu.co		IP/N° de contacto
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
		NO		SI
		NO		Presta Servicios Excluidos de IVA ?
		NO		
Banco al cual consignar:		BANCO DE OCCIDENTE		Tipo de cta
		AHORROS		N° Cuenta
		221805765		
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		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:		SI		
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:		1355632/2020		N° Compromiso SIIF
		9120		
Valor Total del Contrato		\$ 23.182.362		Periodo objeto de pago
Saldo Anterior del Contrato		\$ 9.199.350		Del
Nuevo Saldo del Contrato		\$ 5.519.610		Al
		30/06/2020		Valor Bruto Pago
		Comisiones		\$ 0,00
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios		\$ 3.679.740		Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°
Ingresos por comisiones		\$ 0		Retención en la Fuente del Periodo
Ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 0		0,00%
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO		\$ 3.679.740		Menos, Rete Fuente Otros Ingresos
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 2.169.125		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
		42808374		
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		\$ 44.200
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -		\$ 0
ARL III		\$ 35.900		\$ 35.900
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		\$ 367.974
Salud hasta \$ 569.712		\$ -		\$ -
Renta Exenta 25% \$ 8.545.680		\$ 723.042		\$ 723.042
Retención en la Fuente Contingente		\$ -		\$ -
				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				
FICHA 1903523 INSTALACIÓN DE REDES INTERNAS DE TELECOMUNICACIONES ALISTAR LOS ELEMENTOS Y EL ÁREA DE TRABAJO PARA INSTALAR LA RED INTERNA DE TELECOMUNICACIONES, CON CABLE COAXIAL, DE ACUERDO - Señales análogas en el tiempo FICHA 1834940 MANTENIMIENTO DE EQUIPOS DE COMPUTO Y DISEÑO DE CABLEADO ESTRUCTURADO Implementar la estructura de la red de acuerdo con un diseño preestablecido a partir de normas técnicas int - Autocad: diseño de redes FICHA 2024546 MANTENIMIENTO DE EQUIPOS DE COMPUTO Realizar mantenimiento correctivo de los equipos de computo según procedimiento establecido. - Generalidades y principios LINUX				
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.				
ANDERSSON URIBE PARADA 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.				
GERMAN GILBERTO ALARCON ROZO INSTRUCTOR G20				
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 JANET GOMEZ LARROTTA SUBDIRECTORA DE CENTRO G02				

Información básica de la planilla

Empresa: andersson uribe parada

Tipo Planilla: I

Sucursal o Dependencia: PRINCIPAL

Número de Radicación: 42808374

Fecha de vencimiento: 04/06/2020

Fecha de Pago: 28/05/2020

NIT: 80183417

Periodo liquidación Pensiones: mayo 2020

Periodo liquidación Salud: mayo 2020

Total a pagar: \$264,100

Total de empleados: 1

Número de Administradoras: 3

Detalles del pago

Razón social recaudo: Compensar OI

Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Banco: BANCO DE OCCIDENTE

Estado de la transacción: Transacción aprobada

Nit recaudo: 9998600669427

Medio de Pago: Pago Electronico por PSE

Número Autorización: 637181180

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-23	860011153	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1		\$0	\$35,900
230201	800229739	Proteccion (ING + Proteccion)	1		\$0	\$44,200
EPS017	830003564	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	1		\$0	\$184,000
						\$264,100

***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 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:

R.C.	1141127896	Daniel Esteban Uribe Sandoval	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: **ANDERSSON URIBE PARADA**

C.C. 80183417



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

NUIP

1141127896

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

52669437

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número ☐ 67 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código D T Y

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

COLOMBIA ----- CUNDINAMARCA ----- BOGOTA D.C. -----

Datos del inscrito

Primer Apellido

URIBE

Segundo Apellido

SANDOVAL

Nombre(s)

DANIEL ESTEBAN

Fecha de nacimiento

Año 2 0 1 2

Mes D I C

Día 0 2

Sexo (en letras)

MASCULINO

Grupo sanguíneo

A

Factor RH

(+)

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

COLOMBIA ----- CUNDINAMARCA ----- BOGOTA D.C. -----

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo

11807099-2

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

SANDOVAL PRIETO VIVIANA MARCELA

Documento de identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA N° 1.033.701.616 BOGOTA D.C.

Nacionalidad

COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

URIBE PARADA ANDERSSON

Documento de identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA N° 80.183.417 BOGOTA D.C.

Nacionalidad

COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

URIBE PARADA ANDERSSON

Documento de identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA N° 80.183.417 BOGOTA D.C.

Firma

X

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

2 0 1 2

Mes

D I C

Día

1 1

Nombre y firma del funcionario que autoriza

VICTORIA C. SAAVEDRA S.

Nombre y firma