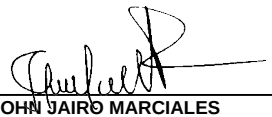


 FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL DISTRITO CAPITAL CENTRO DE ELECTRICIDAD Y ELECTRONICA Y TELECOMUNICACION - BTA DC		Código Regional	11
		Código Centro	921010
		Fecha Elaboración	Junio de 2020
		Versión	MAYO 2020 - 4,20
		ID de Proceso	02897-683385
DATOS DEL CONTRATISTA			
Nombres y apellidos contratista:		JOHN JAIRO MARCIALES	C.C. 12.239.741
Correo electrónico contratista:		johnmarc@misena.edu.co	IP/N° de contacto 14985
Régimen del IVA: ☐ NO RESPONSABLE		Pertenece al régimen simple de tributación? ☐ NO	Es declarante de renta? ☐ NO
Sus ingresos en el 2019 Superaron \$47.978.000 ☐ NO		Inducción SST ☐ SI	Presta Servicios Excluidos de IVA ? ☐ NO
Banco al cual consignar: BANCOLOMBIA		Tipo de cta AHORROS	N° Cuenta 20227225389
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: ☐ 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:	1355907/2020	N° Compromiso SIIF	9620
Valor Total del Contrato	\$ 23.182.362	N° Pago	5
Saldo Anterior del Contrato	\$ 9.199.350	Periodo objeto de pago	Del 01/06/2020 Al 30/06/2020
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 5.519.610	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°	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 3.679.740	Menos, Rete Fuente Otros Ingresos	\$ 0
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	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.471.896	\$ 1.471.896	Valor Base retención en la fuente 2.169.125,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 184.000	\$ 184.000	Valor Base retención en la fuente ICA 3.260.140,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 235.600	\$ 44.200	Valor base IVA 0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00
ARL III	\$ 35.900	\$ 35.900	Menos Retención en la Fuente 0,00
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -		Menos Retención IVA 0,00
Aportes voluntarios a cuentas AFC	\$ -		Reteica - 8299 31.493,00
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.128.000	\$ -		Aporte Voluntario Dec. 568/2020 0,00
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	\$ 367.974		Descuentos de Libranza 0,00
Salud hasta \$ 569.712	\$ -		Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00
Renta Exenta 25% \$ 8.545.680	\$ 723.042		VALOR A PAGAR \$ 3.648.247,00
Retención en la Fuente Contingente	\$ -		
SON: TRES MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y SIETE PESOS M/CTE			
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Impartir formación integral a aprendices de la ficha:1694132-1694126-T7 Diseño, Implementación Y Mantenimiento De Sistemas De Sistema de Telecomunicaciones-Trimestre VIII-2020. Competencia:290201026:Coordinar proyectos de acuerdo con los planes y programas de la empresa. Actividades:Formulación y evaluación de proyectos basado en la metodología marco lógico, conceptualización teórica para planificación, el seguimiento y la evaluación de proyectos y programas. Horario: lunes a viernes de las 06:00 PM – 10:PM, Sesión virtual plataformas (ZOOM y Classroom). Actividades propuestas por la coordinación académica: elaboración de guías de aprendizajes programa de Formación técnica- INSTALACIÓN DE REDES HIBRIDAS DE FIBRA OPTICA Y COAXIAL trimestre de 1 al 4.			
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.		 JOHN JAIRO MARCIALES 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.		Autorizo el presente pago. El Supervisor, 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			

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	12239741	JOHN JAIRO MARCIALES		CLL 41A sur 52A-10	5461600	JOHNMARC@MISENA.EDU.CO
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D. C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLADOS UPC
					1 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2020-05	2020-05	I		43293854	\$264.100

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	184.000	0		0		0	0	0	0	184.000	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	44.200	0	0	0	0	0	0		44.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	35.900				35.900	0	0	35.900			359	35.900	1

TOTALES CAJAS									
Código CCF	Nombre					NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	184.000	184.000
Pensión	1	44.200	44.200
Riesgos Laborales	1	35.900	35.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	264.100	264.100

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	12239741	JOHN JAIRO MARCIALES		CLL 41A sur 52A-10	5461600	JOHNMARC@MISENA.EDU.CO
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2020-05	2020-05	I		43293854	10
					TOTAL A PAGAR
					\$264.100

DETALLE POR COTIZANTE																																														
INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES												
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Extranjero	Cotiz. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SEI	SEI	SEI	VAC	AVP	VCT	RL	CONSECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	12239741	MARCIALES JOHN JAIRO	59	0			N																	25-14	1.471.896	44.200	0	0	0	0	EPS005	1.471.896	184.000	14-23	1.471.896	3	35.900		0	0	0	0	0	0	0

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Bogota, 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:

T.I.	1013154074	Samantha Victoria Marciales Gallo	HIJO
-------------	-------------------	--	-------------

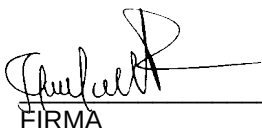
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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: John Jairo Marciales

C.C. 12239741 de Pitalito (H)



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

60663545

NUIP

1013154874

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐

Notaría ☒

Número ☐

Consulado ☐

Corregimiento ☐

Inspección de Policía ☐

Código

A 2 H

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C. - NOTARIA 53 BOGOTÁ DC * * * * *

Datos del inscrito

MARCIALES

Primer Apellido

GALLO

Segundo Apellido

SAMANTHA VICTORIA

Nombre(s)

Año

2019

Fecha de nacimiento

SEP

Día

07

Sexo (en letras)

FEMENINO

Grupo sanguíneo

POSITIVO

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C.

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

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO * * * * *

Número certificado de nacido vivo

15428259-3 * * * * *

Datos de la 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)

GALLO DIAZ FAYSURY

Apellidos y nombres completos

CC No. 1116919157

Documento de identificación (Clase y número)

COLOMBIA

Nacionalidad

Datos de la 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 segundo apellido del inscrito)

MARCIALES JOHN JAIRO

Apellidos y nombres completos

CC No. 12239741

Documento de identificación (Clase y número)

COLOMBIA

Nacionalidad

Datos del declarante

GALLO DIAZ FAYSURY

Apellidos y nombres completos

CC No. 1116919157

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

FAYSURY GALLO DIAZ

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

2019

Mes

SEP

Día

16

Nombre y firma del funcionario que actúa como

JUAN FERNANDO TOLOSA SUAREZ

Reconocimiento paterno

Firma

12239741

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

JUAN FERNANDO TOLOSA SUAREZ

Nombre y firma

OTRO: LIBRO DE VARIOS T.287 F.160;16/09/2019

ESPACIO PARA NOTAS

NOTARIA 53 DE BOGOTÁ, D.C.
SE FUE COPIA DE SU ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS
ARCHIVOS DE REGISTRO CIVIL DE ESTA NOTARIA
D. 1250 DE 1997 ART. 25 Y 153 D. 278 DE 1994 ART. 1

16 SEP 2019

REPUBLICA DE COLOMBIA
JUAN FERNANDO TOLOSA SUAREZ
NOTARIO

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -