

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL DISTRITO CAPITAL CENTRO DE GESTION ADMINISTRATIVA-BTA D C - SERVICIOS PRESTADOS A L		Código Regional	11
			Código Centro	940410
			Fecha Elaboración	Agosto de 2020
			Versión	AGOSTO 2020 - 5,20
			ID de Proceso	41448-856453

DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista:	SEGUNDO REINALDO OCHOA MARTINEZ rey8am@misena.edu.co		C.C.	79.254.023
Correo electrónico contratista:			IP/N° de contacto	5461600
Régimen del IVA:	☐ NO RESPONSABLE	Pertenece al régimen simple de tributación?	☐ NO	Es declarante de renta?
			☐ NO	Es Pensionado?
			☐ NO	☐ NO
Sus ingresos en el 2019 Superaron \$47.978.000	☐ NO	Inducción SST	☐ SI	Presta Servicios Excluidos de IVA ?
			☐ SI	☐ SI
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA		Tipo de cta	AHORROS
			N° Cuenta	16554002785
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:	☐			
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:	1366833/2020	N° Compromiso SIIF	34520	
Valor Total del Contrato	\$ 32.847.967	N° Pago	7	Valor Bruto Pago
Saldo Anterior del Contrato	\$ 11.370.450	Periodo objeto de pago	Del 01/08/2020 Al 31/08/2020	\$ 3.790.150,00
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 7.580.300	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			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 3.790.150	Menos, Rete Fuente Otros Ingresos	\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 2.234.201	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	Agosto	Julio	Valor Base retención en la fuente	2.234.201,00
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.516.060	\$ 1.516.060	Valor Base retención en la fuente ICA	3.357.950,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 189.600	\$ 189.600	Valor base IVA	0,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 242.600	\$ 242.600	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00
ARL	\$ 8.000	\$ 8.000	Menos Retención IVA	0,00
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -		Reteica - 8299	32.438,00
Aportes voluntarios a cuentas AFC	\$ -			0,00
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.128.000	\$ -			0,00
Intereses Prestamo de Vivienda	\$ 3.560.700			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	\$ 379.015	Otras Retenciones	0,00
Salud hasta	\$ 569.712	\$ -	Descuentos de Libranza	0,00
Renta Exenta 25%	\$ 8.545.680	\$ 744.734	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00
Retención en la Fuente Contingente	\$ -		VALOR A PAGAR	\$ 3.757.712,00

SON: TRES MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL SETECIENTOS DOCE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO	
Orientar Formación Profesional Integral a los aprendices según programación de fichas. Acompañamiento a los aprendices en el desarrollo de procesos formativos y/o productivos. Actualizar contenidos y tecnologías en las diversas competencias del programa de formación Elaboración y entrega de formatos y documentos requeridos en el proceso académico administrativo.	

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.	SEGUNDO REINALDO OCHOA MARTINEZ 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, EMILIO DELGADO DIAZ INSTRUCTOR G18

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

WAINE ANTONY TRIANA ALBIS
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02



PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2020-08-04, 09:23:09 AM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 1030963586

Periodo Cotización: julio de 2020

Periodo Servicio: julio de 2020

Referencia pago (PIN): 8815255580

PAGADO 04/08/2020

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	SEGUNDO REINALDO OCHOA MARTINEZ			Dirección	CRA 16 C 54 00 SUR
Documento	CC79254023			Teléfono	504
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE			Forma Presentación	ÚNICO
Tipo Persona	NATURAL			Departamento	BOGOTA D.C.
Ciudad	BOGOTA D.C.			Identificación	
Representante Legal				ARP	POSITIVA DE SEGUROS
Total Afiliados	1				

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																	Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total			
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 79254023	SEGUNDO REINALDO OCHOA MARTINEZ	59	00																0	30	30	30		(25-14) COLPENSIONES	\$ 1.520.000	\$ 243.200	(EPS008) COMPENSAR EPS	\$ 1.520.000	\$ 190.000	0,522	\$ 1.520.000	\$ 8.000	(CCF24) COMPENSAR CCF	\$ 1.520.000	\$ 9.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 450.400

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 1.520.000	\$ 1.520.000	\$ 1.520.000	\$ 1.520.000	\$ 243.200	\$ 190.000	\$ 8.000	\$ 9.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 450.400	\$ 0	\$ 450.400

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Bogotá, 20 de julio de 2020

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIAJE (SENA)

Ciudad Bogotá

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.	1025460203	JOSUE DAVID OCHOA ISAACS	HIJO

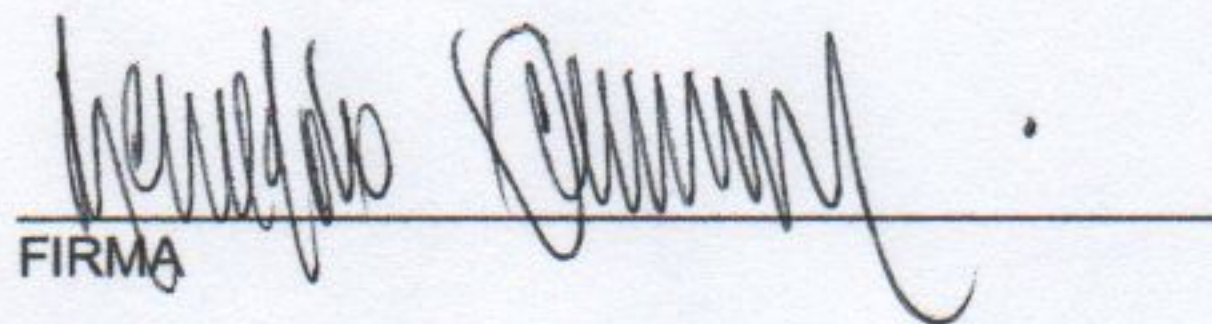
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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: SEGUNDO REINALDO OCHOA MARTINEZ

C.C 79254023



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

NUIP	1025460203
------	------------

**REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO**

Indicativo Serial 33183150

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina							
Registraduría ☐	Notaría ☒	Número 45	Consulado ☐	Corregimiento ☐	Inspección de Policía ☐	Código	
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía							
COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA DISTRITO CAPITAL							

Datos del inscrito							
Primer Apellido				Segundo Apellido			
OCHOA				ISAACS			
Nombre(s)							
JOSUE DAVID							
Fecha de nacimiento				Sexo (en letras)		Grupo sanguíneo	
Año	2	0	0	3	Mes	D	I
					Día	3	1
				MASCULINO		O	
						(+)	
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)							
COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA DISTRITO CAPITAL							

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	A 5424439

Datos de la madre	
Apellidos y nombres completos	
ISAACS RAMIREZ MONICA LUCIA	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 51.690.782 DE BOGOTA D.E.	COLOMBIANA

Datos del padre	
Apellidos y nombres completos	
OCHOA MARTINEZ SEGUNDO REINALDO	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 79.254.023 DE USME	COLOMBIANA

Datos del declarante	
Apellidos y nombres completos	
OCHOA MARTINEZ SEGUNDO REINALDO	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. No. 79.254.023 DE USME	

Datos primer testigo	
Apellidos y nombres completos	

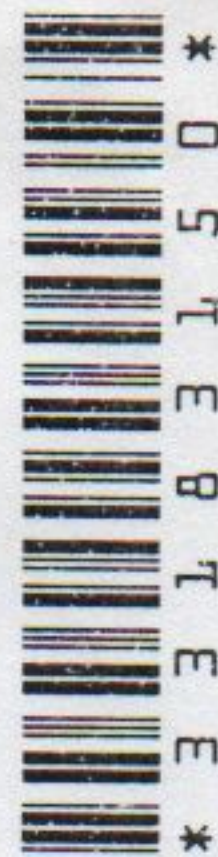
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
-----	-----

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	2	0	0	Mes	E
					N
					E
				Día	2
					9
				IRMA SUS PASTRANA	
				Firma	

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -



ES FIEL COPIA TOMADA DE SU ORIGINAL
(ARTICULO 114 y 115 DECRETO 1260/70)
BOGOTA, D.C., 29 ENE 2004

"ESTE REGISTRO CIVIL TIENE VALIDEZ PERMANENTE"