SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL DISTRITO CAPITAL
CENTRO NACIONAL DE HOTELERIA, TURISMO Y ALIMENTOS-BTA D C - SERVIC

Código Regional	**11**
Código Centro	**940610**
Fecha Elaboración	**Septiembre de 2020**
Versión	**AGOSTO 2020 - 5,20**
ID de Proceso	**77242-944480**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	JOSE ALEJANDRO BENAVIDEZ RAMIREZ	**C.C.**	3.166.549	**IP/Nº de contacto**	3043599456
Correo electrónico contratista:	abenavidez03@misena.edu.co				

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: BANCO CAJA SOCIAL **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 24036188974

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: N/A

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

Nº del contrato:	1350594/2020			**Nº Compromiso SIIF**	**9120**		
Valor Total del Contrato	$ 37.200.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 12.720.000	**8**	**Del**	**01/09/2020**	**Al**	**30/09/2020**	**$ 3.600.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 9.120.000		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.600.000	Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°		0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo		$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 3.600.000**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.122.200**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**		**$ 0**

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR

	Septiembre	Agosto			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**8344986217**	Valor Base retención en la fuente	2.122.200,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.440.000	$ 1.440.000	Valor Base retención en la fuente ICA	3.189.600,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 180.000	$ 180.000	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 230.400	$ 230.400	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL I	$ 7.600	$ 7.600	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 8299	30.812,00	0,966%
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	0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta $ 1.139.424	$ 360.000		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 569.712	$ -				
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 707.400		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	**$ 3.569.188,00**	

SON: TRES MILLONES QUINIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL CIENTO OCHENTA Y OCHO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Impartir Formación Profesional Integral al
Tecnologo en Gestión de Destinos Turísticos.
Competencia: Elaborar diagnostico turístico.
Fichas: 2065839, 2141022, 2141033, 2141013
Competencia: Elaborar Plan de Acción de Turismo
Ficha: 2025228
Desarrollo curricular del programa Coordinación de servicios hoteleros
CONTRATO No. CO1.PCCNTR.1350594

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.

JOSE ALEJANDRO BENAVIDEZ RAMIREZ
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 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,

SONIA YAMILE ACUNA LESMES
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

CARLOS ALBERTO BARON SERRANO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): JOSE ALEJANDRO BENAVIDEZ RAMIREZ
No. Identificación: CC3166549
Dirección: CR 69 63 A BIS 45
Telefono: 2313131
Correo: ALEJOBENAVIDEZ@HOTMAIL.COM
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8344986217

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	JOSE ALEJANDRO BENAVIDEZ RAMIREZ
Tipo y número de identificación	CC3166549
Número de planilla	8344986217
Fecha pago	2020-09-09
Número de autorización pago	53352479
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	agosto de 2020
Periodo de Cotización Pensión	agosto de 2020
Número de Administradoras	3
Total Pagado	425500
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

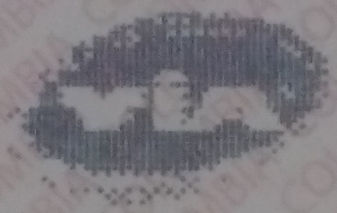
CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	15100	1
230301	Porvenir	230400	1
EPS008	Compensar EPS	180000	1

8344986217

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 3166549
APELLIDOS Y NOMBRES: JOSE ALEJANDRO BENAVIDEZ RAMIREZ

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	230301	1440000	1440000	1440000	0	180000	0	230400	0	15100	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información



PAGO DE FACTURAS

PILA BP

NUM APROBACION:5352479
NUM REFERENCIA:000000834498621 7
NUM IDENTIFICACION:316654A
PERIODO: 2020-08
FECHA EFECTIVA:2020-09-09
VALOR: 425.500
MIE 9 SEP 20 09:52:40
253-05781461-243
783551-454027-844624-128260-42
CONSERVE ESTE TIQUETE. ES EL UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO.EN CASO DE RECLAMO LLAMAR A: A SU OPERADOR.
AGT 13154 CLR 79362255
08149920-398971

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Bogotá, 30 de septiembre 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:

T.I.	**1034778223**	**GABRIELA BENAVIDEZ DELGADO**	**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: José Alejandro Benavidez Ramírez

C.C. # 3.166.549 de Sasaima (Cund.)

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

0031

NUIP 1034778223

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 37426664

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [XX] Número [61] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 1069

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

COLOMBIA- BOGOTA D.C. NOTARIA SESENTA YN UNA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
BENAVIDEZ	DELGADO

Nombre(s)

GABRIELA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2005 Mes 003 Día 23	FEMENINO	B	POSITIVO

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

COLOMBIA - BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	A6172636

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

DELGADO CRUZ ANGELA ANDREA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.#52.704.450 DE BOGOTA	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

BENAVIDEZ RAMIREZ JOSE ALEJANDRO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.#3.166.549 DE SASAIMA (CUND)	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

BENAVIDEZ RAMIREZ JOSE ALEJANDRO

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
C.C.#3.166.549 DE SASAIMA (CUND)	

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

NOTARIA 61 DEL CIRCULO DE BOGOTA D.C. REPUBLICA DE COLOMBIA
16 AGO 2005

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2005 Mes 004 Día 16	GABRIEL BERNAL DENA NOTARIO(E) 61 BN 16 AGO 2005

Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

DERECHO SUBSIDIO
Diana Lozada