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	Octubre de 2020
Versión	AGOSTO 2020 - 5,20
ID de Proceso	33983-401169

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: / Correo electrónico contratista:	WILLIAM CETINA IBAÑEZ wcetina@misena.edu.co	C.C.	79.856.701	IP/Nº de contacto	14917
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	Pertenece al régimen simple de tributación?	NO	Es declarante de renta?	SI	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:	BANCOLOMBIA	Tipo de cta	AHORROS	Nº Cuenta	20780863297		
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:	1355568/2020		Nº Compromiso SIIF	8720	
Valor Total del Contrato	$ 30.419.184	N ° Pago	Periodo objeto de pago		Valor Bruto Pago
Saldo Anterior del Contrato	$ 1.717.212	9	Del 01/10/2020	Al 14/10/2020	$ 1.717.212,00
Nuevo Saldo del Contrato	$ 0		Comisiones	$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 1.717.212	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	$ 1.717.212	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	$ 971.393	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	$ 0

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

	Octubre	Septiembre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	---------	45949323
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 877.803	$ 1.471.896
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 109.800	$ 184.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 140.500	$ 235.600
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL III	$ 21.400	$ 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	$ 171.721	
Salud hasta $ 569.712	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 323.798	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	971.393,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	1.466.912,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299	14.170,00	0,966%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
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	$ 1.703.042,00	

SON: UN MILLÓN SETECIENTOS TRES MIL CUARENTA Y DOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

FICHA 2007831 TDMIST SE IMPARTIO LA COMPETENCIA:Conectorización de la red de distribución coaxial
FICHA 1968859 MEC SE IMPARTIO LA COMPETENCIA:Realizar mantenimiento correctivo de los equipos de computo según procedimiento estableci
CON LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES:Redes de Fibra Optica y HFC, Mantenimiento equipos de Computo

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.



WILLIAM CETINA IBAÑEZ
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,

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

compensar | miplanilla.com

REPORTE RESUMEN DE PAGO

Información básica de la planilla

Empresa:	WILLIAM CETINA IBAÑEZ	**NIT:**	79856701
Tipo Planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones:**	septiembre 2020
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	septiembre 2020
Número de Radicación:	45949323	**Total a pagar:**	$464,100
Fecha de vencimiento:	31/12/2020	**Total de empleados:**	1
Fecha de Pago:	09/10/2020	**Número de Administradoras:**	3

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:	BANCOLOMBIA	**Número Autorización:**	767134222
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
14-23	860011153	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1		$0	$36,600
230201	800229739	Proteccion (ING + Proteccion)	1		$0	$240,000
EPS010	800088702	EPS Sura	1		$0	$187,500
						$464,100

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

PAGADA

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

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Bogotá, 09 de octubre 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.	**1001090123**	**JUAN DIEGO CETINA LOPEZ**	**HIJO**
T.I.	**1031641330**	**PAULA SOFIA LOPEZ GOMEZ**	**HIJA**
C.C.	**52498235**	**ELIANA SOFIA LOPEZ GOMEZ**	**CONYUGUE**

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: WILLIAM CETINA IBAÑEZ

C.C. 79.856.701

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1031641330

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 37618984

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 47 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 1049

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
CETINA	LOPEZ

Nombre(s)

PAULA SOFIA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2004 Mes MAR Día 06	FEMENINO	O	+

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO NACIDO VIVO	A 5743333

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

LOPEZ GOMEZ ELIANA SOFIA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. no. 52.498.235 BOGOTA	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

CETINA IBAÑEZ WILLIAM

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. no. 79.856.701 SANTAFE DE BOGOTA	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

CETINA IBAÑEZ WILLIAM

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. no. 79.856.701 SANTAFE DE BOGOTA	

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 2004 Mes MAR Día 17	PILAR CUBIDES TERREROS Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

REPUBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1001090723

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

NUIP 000213

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 29692615

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 41 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 1049

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA- SANTAFE DE BOGOTA----------

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
CETINA----------	LOPEZ----------

Nombre(s)

JUAN DIEGO ----------

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2000 Mes FEB Día 13	MASCULINO------	O	+

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

COLOMBIA -CUNDINAMARCA- SANTAFE DE BOGOTA----------

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO ----------	A2402364----------

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

LOPEZ GOMEZ ELIANA SOFIA----------

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. NO. 52.498.235 STAFE DE BOGOTA----------	COLOMBIANA---------

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

CETINA IBAÑEZ WILLIAM ----------

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. NO. 79.856.701 STAFE DE BOGOTA----------	COLOMBIANO-------

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

CETINA IBANEZ WILLIAM----------

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. NO. 79.856.701 STAFE DE BOGOTA----------	

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 2000 Mes FEB Día 22	PILAR CUBIDES TERREROS Nombre y firma

Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
Firma	PILAR CUBIDES TERREROS Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

RECONOCIMIENTO LIBRO DE VARIOS 61 FOLIO 271

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -