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	**25316-471439**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: CAMILO ESTEBAN MORENO ANDRADE
Correo electrónico contratista: camiesmor@misena.edu.co
C.C. 80.118.265 **IP/Nº de contacto** 0000

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: DAVIVIENDA **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 587566043

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: 1340308/2020 **Nº Compromiso SIIF** **5520**

Valor Total del Contrato	$ 15.209.592	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 735.948	**9**	**Del**	**01/10/2020**	**Al**	**12/10/2020**	**$ 735.948,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 0		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 735.948	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	**$ 735.948**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 309.040**	**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	----------	**45090038**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 877.803	$ 877.803
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 109.800	$ 109.800
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 140.500	$ 140.500
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL IV	$ -	$ 0
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	$ 73.595	
Salud hasta $ 569.712	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 103.013	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	309.040,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	485.648,00	
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	4.691,00	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	**$ 731.257,00**	

SON: SETECIENTOS TREINTA Y UN MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y SIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ficha 1753280 Electricidad industrial con la competencia: MEJORAR EL FUNCIONAMIENTO DE MÁQUINAS. Y PROCESOS ,BUSCANDO SU EFICIENCIA Y PRODUCTIVIDAD. Con las actividades, Introducción a la lógica cableada.

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.

CAMILO ESTEBAN MORENO ANDRADE
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,

LUIS CARLOS GONZALEZ ARENAS
INSTRUCTOR G19

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:	CAMILO ESTEBAN MORENO ANDRADE	**NIT:**	80118265
Tipo Planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones:**	septiembre 2020
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	septiembre 2020
Número de Radicación:	45090038	**Total a pagar:**	$250,300
Fecha de vencimiento:	16/10/2020	**Total de empleados:**	1
Fecha de Pago:	02/09/2020	**Número de Administradoras:**	2

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:	BANCO DAVIVIENDA	**Número Autorización:**	730695260
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
231001	800227940	Colfondos	1		$0	$140,500
EPS002	800130907	Salud Total EPS	1		$0	$109,800
						$250,300

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

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

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Bogotá, 30 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.	**1013149878**	**ALEJANDRO MORENO GARNICA**	**HIJO**
T.I.	**1012923636**	**CAMILO ESTEBAN MORENO GARNICA**	**HIJO**

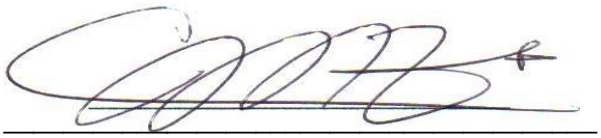
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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: ___Camilo Esteban Moreno Andrade___

C.C. ____80118265_____

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1013149878

Indicativo Serial 55871461

55871461

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [ ] Notaria [X] Número 53 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A 2 H

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

NOTARIA 53 DE BOGOTA - COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MORENO	GARNICA

Nombre(s)

ALEJANDRO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2015 Mes NOV Día 16	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA NEIVA HUILA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	13196491-6

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

GARNICA CARRASQUILLA ROSA HAEL

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 52730647	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

MORENO ANDRADE CAMILO ESTEBAN

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 80118265	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

MORENO ANDRADE CAMILO ESTEBAN

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. 80118265	X Camilo E. Moreno

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 2015 Mes NOV Día 25	HECTOR ADOLFO SINISTERRA VARELA

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
X Camilo E. Moreno Firma	HECTOR ADOLFO SINISTERRA VARELA Nombre

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS TOMO:267, FOLIO:258

- PRIMERA COPIA TAL COMO REPOSA EN LA DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL -

Scanned by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1012923636

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 53180854

53180854

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 03 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 1003

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

NOTARIA 3 DE BOGOTA - COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MORENO	GARNICA

Nombre(s)

CAMILO ESTEBAN

Fecha de nacimiento			Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2016	Mes NOV	Día 29	MASCULINO	A	POSITIVO

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTÁ, D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	13729146-9

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

GARNICA CARRASQUILLA ROSA HAEL

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 52730647	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

MORENO ANDRADE CAMILO ESTEBAN

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 80118265	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

MORENO ANDRADE CAMILO ESTEBAN

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. 80118265	Camilo E. Moreno M

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 2016 Mes DIC Día 05	HECTOR ADOLFO SANTOS VARELA

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Camilo E. Moreno M Firma	HECTOR ADOLFO SANTOS VARELA Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS TOMO:128, FOLIO:64

HECTOR ADOLFO SANTOS VARELA NOTARIA 3 DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ

- ESPACIO PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

IMPRESO POR IMPRENTA NACIONAL IMPRESOS Y EMPRESOS S.A. NIT 900.175.457-5 TEL 430 2110