

 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	30 noviembre de 2020
			Versión	AGOSTO 2020 - 5,20
			ID de Proceso	91934-060126
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista:		ANDRES JOSE GONZALEZ RAMIREZ ajgonzalez324@misena.edu.co		C.C.
Correo electrónico contratista:				IP/N° de contacto
Régimen del IVA:		NO RESPONSABLE		Pertenece al régimen simple de tributación?
				NO
Sus ingresos en el 2019 Superaron \$47.978.000		NO		Inducción SST
				SI
Banco al cual consignar:		BANCOLOMBIA		Presta Servicios Excluidos de IVA ?
				NO
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				
N° del contrato:	1911059/2020	N° Compromiso SIIF	63920	
Valor Total del Contrato	\$ 6.991.506	N° Pago	2	Valor Bruto Pago
Saldo Anterior del Contrato	\$ 5.028.978	Periodo objeto de pago	Del 01/11/2020 Al 30/11/2020	\$ 3.679.740,00
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 1.349.238	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	Menos, Rete Fuente Otros Ingresos	\$ 0	
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 3.679.740	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 2.169.125			
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	Noviembre	Octubre	Valor Base retención en la fuente	2.169.125,00
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.471.896	\$ 877.803	Valor Base retención en la fuente ICA	3.260.140,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 184.000	\$ 109.800	Valor base IVA	0,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 235.600	\$ 140.500	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00
ARL III	\$ 35.900	\$ 21.400	Menos Retención IVA	0,00
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -	\$ -	Reteica - 8299	31.493,00
Aportes voluntarios a cuentas AFC	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.128.000	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	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				
Ficha: 2141006; Técnico en Instalación y reparación de red de fibra óptica Se impartió la competencia: EMPALMAR CABLES DE FIBRA OPTICA, DE ACUERDO CON NORMAS TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS DE LA EMPRESA. Características de la fibra óptica, tipos de fibra, código colores. Herramientas. Elementos de red, empalme de fibra óptica. Ejercicios relacionados de cálculos en db. Instrumentos de medición utilizados. Cajas de empalme de fibra óptica. Diagramas red de distribución de fibra óptica Normatividad				
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.			 ANDRES JOSE GONZALEZ RAMIREZ EL CONTRATISTA	
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO				
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:			Autorizo el presente pago. El Supervisor,	
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.			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				

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 83246423
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	ANDRES JOSE GONZALEZ RAMIREZ	
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO: BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CRA 77M 60 19 S	TELÉFONO: 9999999
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Otros trabajos de edición.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO	

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	7769379117	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: octubre	PERIODO COTIZACIÓN MES: octubre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2020	SALUD: AÑO: 2020
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2020/11/05	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 791508954

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 140.500
SUBTOTAL:			1	\$ 140.500
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860066942	EPS008	EPS008-COMPENSAR	1	\$ 109.800
SUBTOTAL:			1	\$ 109.800
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	\$ 21.400
SUBTOTAL:			1	\$ 21.400

TOTAL PAGADO:	\$ 271.700
----------------------	-------------------

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 83246423
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	ANDRES JOSE GONZALEZ RAMIREZ	
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO: BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CRA 77M 60 19 S	TELÉFONO: 9999999
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Otros trabajos de edición.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO	

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	7769732021	TIPO DE PLANILLA: N-CORRECCIONES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: octubre	PERIODO COTIZACIÓN MES: octubre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2020	SALUD: AÑO: 2020
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2020/11/09	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 794315566

NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	7769379117	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA: 2020/11/05
---------------------------------	------------	---

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 95.100
SUBTOTAL:			1	\$ 95.100
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860066942	EPS008	EPS008-COMPENSAR	1	\$ 74.200
SUBTOTAL:			1	\$ 74.200
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	\$ 14.500
SUBTOTAL:			1	\$ 14.500

TOTAL PAGADO:	\$ 183.800
----------------------	-------------------

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Bogotá, 30 de noviembre 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.	1028895701	DANNA VALENTINA GONZALEZ SUAREZ	HIJO
T.I.	1028895702	MELANNY SOFIA GONZALEZ SUAREZ	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: ANDRES JOSE GONZALEZ RAMIREZ

C.C. 83246423 de Iquira (Huila)

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

NUIP 1.028.895.702

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

54210207

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒ Notaría ☐ Número ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código A C Y

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

REGISTRADURIA DE KENNEDY-H DE O KENNEDY - COLOMBIA - CUNDINAMARCA

Datos del inscrito

Primer Apellido GONZALEZ Segundo Apellido SUAREZ

Nombre(s) MELANNY SOFIA

Fecha de nacimiento Año 2014 Mes JUN Día 26

Sexo (en letras) FEMENINO Grupo sanguíneo A Rh POSITIVO

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración del testigo

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo 12786740-4

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos SUAREZ MONTOYA DERLY VIANETH

Documento de identificación (Clase y número) CC 1.061.404.137

Nacionalidad COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos GONZALEZ RAMIREZ ANDRES JOSE

Documento de identificación (Clase y número) CC 83.246.423

Nacionalidad COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos GONZALEZ RAMIREZ ANDRES JOSE

Documento de identificación (Clase y número) CC 83.246.423

Firma Andres Gonzalez

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 2014 Mes JUN Día 26

Nombre y firma del funcionario que autoriza MARIA VICTORIA ARIZA REGI

REGISTRADORA AUXILIAR DEL SERVICIO CIVIL

Nombre y firma ARIZA REGI

54210207

SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

NUIP 1.028.895.701

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

54210206

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registratura ☒ Notaría ☐ Número ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código A C Y

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

REGISTRADURÍA DE KENNEDY - N DE O KENNEDY - COLOMBIA - CUNDINAMARCA

Datos del inscrito

Primer Apellido GONZALEZ Segundo Apellido SUAREZ

Nombre(s) DANRA VALENTINA

Fecha de nacimiento Año 2014 Mes JUN Día 22 SEXO (en letras) FEMENINO Grupo sanguíneo POSITIVO

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

CUNDINAMARCA BOGOTÁ D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo 12788739-3

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos SUAREZ MONTOYA DERLY VIANETH

Documento de identificación (Clase y número) CC 1.001.404.127

Nacionalidad COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos GONZALEZ RAMIREZ ANDRES JOSE

Documento de identificación (Clase y número) CC 83.246.423

Nacionalidad COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos GONZALEZ RAMIREZ ANDRES JOSE

Documento de identificación (Clase y número) CC 83.246.423

Firma Andres Gonzalez

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 Mes Día

Nombre y firma de la Registradora Auxiliar del Registro Civil MARIA VICTORIA ARIZA

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

54210206