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	Noviembre de 2020
Versión	AGOSTO 2020 - 5,20
ID de Proceso	69389-968743

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 Nº 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 Nº 558: N/A

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato: 1913605/2020 | Nº Compromiso SIIF: 62820

Valor Total del Contrato	$ 6.991.506	N ° Pago	Periodo objeto de pago				Valor Bruto Pago
Saldo Anterior del Contrato	$ 5.028.978	2	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 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	$ 3.679.740	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	$ 2.169.125	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	$ 0

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

	Noviembre	Octubre			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	---------	46573055	Valor Base retención en la fuente	2.169.125,00	TARIFA
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	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL III	$ 35.900	$ 21.400	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 8299	31.493,00	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	$ 367.974		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 569.712	$ -				
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 723.042		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	$ 3.648.247,00	

SON: TRES MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y SIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

DESARROLLO CURRICULAR TECNOLOGO EN GESTION REDES DE DATOS,DESARROLLO CURRICULAR TECNOLOGO EN REDES DE SERVICIOS EN TELE

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:**	octubre 2020
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	octubre 2020
Número de Radicación:	46573055	**Total a pagar:**	$464,100
Fecha de vencimiento:	31/12/2020	**Total de empleados:**	1
Fecha de Pago:	09/11/2020	**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:**	794838392
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.**

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

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Bogotá, 23 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 37518984

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 -

37518984

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1001090123

NUIP 000213

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 29692615

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [4] 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 tertigos	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 -