

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL DISTRITO CAPITAL CENTRO METALMECANICO-BTA D C - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION		Código Regional	11
			Código Centro	921410
			Fecha Elaboración	Diciembre de 2020
			Versión	AGOSTO 2020 - 5,20
			ID de Proceso	97661-595978
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista: JOHN FREDY MEZA PICO Correo electrónico contratista: jfmeza85@misena.edu.co		C.C. 13.703.458	IP/N° de contacto 123	
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:		Tipo de cta	N° Cuenta	
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: 1337267/2020		N° Compromiso SIIF 7720		
Valor Total del Contrato \$ 46.997.860	N° Pago 11	Periodo objeto de pago		Valor Bruto Pago \$ 1.516.060,00
Saldo Anterior del Contrato \$ 1.516.060		Del 01/12/2020	Al 12/12/2020	
Nuevo Saldo del Contrato \$ 0		Comisiones \$ 0,00		
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios \$ 1.516.060		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				
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO \$ 1.516.060		Menos, Rete Fuente Otros Ingresos		\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 835.616		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
	Diciembre	Noviembre		
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	9413313964			
Ingreso Base de Cotización - IBC \$ 877.803	\$ 1.516.060	Valor Base retención en la fuente 835.616,00 TARIFA		
Aporte obligatorio a seguridad social salud \$ 109.800	\$ 189.600	Valor Base retención en la fuente ICA 1.265.760,00		
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión \$ 140.500	\$ 242.600	Valor base IVA 0,00		
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional \$ -	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00 19%		
ARL III \$ 21.400	\$ 37.000	Menos Retención en la Fuente 0,00 0,00%		
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias \$ -		Menos Retención IVA 0,00 15%		
Aportes voluntarios a cuentas AFC \$ -		Reteica - 8299 12.227,00 0,966%		
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.128.000 \$ -		Otras Retenciones 0,00 0,000%		
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.560.700 \$ -		Otras Retenciones 0,00 0,000%		
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 \$ 151.606		Descuentos de Libranza 0,00		
Salud hasta \$ 569.712 \$ -		Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00		
Renta Exenta 25% \$ 8.545.680 \$ 278.539		VALOR A PAGAR \$ 1.503.833,00		
Retención en la Fuente Contingente \$ -				
SON: UN MILLÓN QUINIENTOS TRES MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
1. Atender la formación de aprendices en el área específica del respectivo programa de formación, en las fases o módulos establecidos y programados. 2. Orientar y apoyar a los aprendices en el desarrollo de proyectos formativos y/o productivos en las respectivas etapa de formación. 3. Garantizar la actualización de los contenidos y tecnologías, de las fases o módulos en los cuales se desarrolla la formación de los aprendices. 4. De acuerdo con el área de desempeño para la cual fue seleccionado deberá orientar la formación, para desarrollar en los aprendices las competencias específicas del área. 5. Preparar, orientar, desarrollar, apoyar y evaluar procesos de aprendizaje en cualquiera de las estrategias de respuesta institucional para los diferentes grupos poblacionales objeto de Formación Profesional Integral. 6. Evaluar el proceso de aprendizaje, las estrategias pedagógicas, el medio ambiente educativo, el rendimiento académico de los aprendices y diligenciar oportunamente los formatos correspondientes. 7. Mantener actualizado el aplicativo Sofía respecto a juicios de evaluación y reporte de horas. 8. Para los instructores orientados a proyectos.				
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.				
			JOHN FREDY MEZA PICO 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 periodo 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.				
			JOAQUIN RUIZ DIAZ 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				
JAIRO IVAN MARIN MASMELA SUBDIRECTOR DE CENTRO G02				

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 13703458		MEZA PICO JOHN FREDY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 73b No. 43a 16 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5648804	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2020-11	2020-11	822063564	9413313964	I	2020/12/15	2020/12/07	BANCOLOMBIA	\$469,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES														PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES																
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	ide	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sin	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes									
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																																\$1,516,061	\$242,600			\$1,516,061	\$189,600			\$0	\$0			\$1,516,061	\$37,000		\$0	\$0	\$469,200
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																																\$1,516,061	\$242,600			\$1,516,061	\$189,600			\$0	\$0			\$1,516,061	\$37,000		\$0	\$0	\$469,200
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																																\$1,516,061	\$242,600			\$1,516,061	\$189,600			\$0	\$0			\$1,516,061	\$37,000		\$0	\$0	\$469,200
1	CC	13703458	MEZA JOHN																	25-14	30	\$1,516,061	\$242,600	EPS017	30	\$1,516,061	\$189,600		0	\$0	\$0	14-23	30	\$1,516,061	\$37,000	0	\$0	\$0	No	\$469,200									
Total Afiliados(1)																																\$1,516,061	\$242,600			\$1,516,061	\$189,600			\$0	\$0			\$1,516,061	\$37,000		\$0	\$0	\$469,200

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 13703458		MEZA PICO JOHN FREDY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 73b No. 43a 16 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5648804	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2020-11	2020-11	822063564	9413313964	I	2020/12/15	2020/12/07	BANCOLOMBIA	\$469,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$242,600	\$0	\$0	\$242,600
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$242,600	\$0	\$0	\$242,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$37,000	\$0	\$0	\$37,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$37,000	\$0	\$0	\$37,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$189,600	\$0	\$0	\$189,600
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	\$189,600	\$0	\$0	\$189,600
TOTAL				1	\$469,200	\$0	\$0	\$469,200

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Bogotá, diciembre 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.	1034784299	JHON NICOLAS MEZA MEZA	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: **JOHN FREDY MEZA PICO**

C.C. **13.703.458**



CERTIFICACION DEPENDIENTES

Bogotá, diciembre 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.	1022338408	DAVID SANTIAGO MEZA MEZA	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: **JOHN FREDY MEZA PICO**

C.C. **13.703.458**



REPÚBLICA DE COLOMBIA

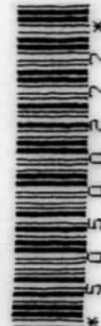


ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial 50500277

NUIP 1034784299



Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐	Notaria ☒	Número <input type="text"/>	Consulado ☐	Corregimiento ☐	Inspección de Policía ☐	Código <input type="text"/>
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía						
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C.						

Datos del inscrito

Primer Apellido				Segundo Apellido			
MEZA				MEZA			
Nombre(s)							
JHON NICOLAS							
Fecha de nacimiento				Sexo (en letras)		Grupo sanguíneo	
Año	2	0	1	Mes	1	Día	2
				MASCULINO		O	
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)							
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ							

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	10551514-0

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos	
MEZA PEREZ BLANCA ROSMIRA	
Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 52200495 DE BOGOTÁ D.C.	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos	
MEZA PICO JOHN FREDY	
Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 13703458 DE CHARALÁ	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos	
MEZA PICO JOHN FREDY	
Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 13703458 DE CHARALÁ	

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 2 0 1 1 Mes 1 1 Día 3 0	PABLO MENDEZ BARAJAS
	Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

REPÚBLICA DE COLOMBIA



ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCION NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1022338408

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo 3
Serial 6442573

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒	Notaría ☐	Número <input type="text"/>	Consulado ☐	Corregimiento ☐	Inspección de Policía ☐	Código A 7 A
---	----------------------------------	-----------------------------	------------------------------------	--	--	--------------

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

REGISTRADURIA DE PUENTE ARANDA BOGOTA DC COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOT

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MEZA*****	MEZA*****
Nombre(s)	

DAVID SANTIAGO*****

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2 0 0 5 Mes OCT Día 0 1	MASCULINO*****	O*****	+*****

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA DC*****

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO*****	A 8740531*****

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos	
MEZA PEREZ BLANCA ROSMIRA*****	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 0052200495*****	COLOMBIA*****

Datos del padre

Apellidos y nombres completos	
MEZA PICO JOHN FREDY*****	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 0013703458*****	COLOMBIA*****

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos	
MEZA PICO JOHN FREDY*****	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CEDULA DE CIUDADANIA 0013703458*****	

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 2 0 0 5 Mes OCT Día 0 8	 PTE. ARANDA DARLA ALEJANDRO SOLANO VERGARA***** Nombre y firma

SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

