

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL DISTRITO CAPITAL CENTRO NACIONAL DE HOTELERIA, TURISMO Y ALIMENTOS-BTA D C - SERVIC		Código Regional	11
			Código Centro	940610
			Fecha Elaboración	Diciembre de 2020
			Versión	AGOSTO 2020 - 5,20
			ID de Proceso	48215-921750

DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista: JOSE ALEJANDRO BENAVIDEZ RAMIREZ		C.C. 3.166.549	IP/N° de contacto 3043599456	
Correo electrónico contratista: abenavidez03@misena.edu.co				
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: BANCO CAJA SOCIAL		Tipo de cta AHORROS	N° Cuenta 24036188974	
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: 1350594/2020	N° Compromiso SIIF 9120			
Valor Total del Contrato \$ 37.200.000	N° Pago 11	Periodo objeto de pago		Valor Bruto Pago \$ 1.920.000,00
Saldo Anterior del Contrato \$ 1.920.000		Del 01/12/2020	Al 16/12/2020	
Nuevo Saldo del Contrato \$ 0		Comisiones \$ 0,00		

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios \$ 1.920.000	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 \$ 1.920.000	Menos, Rete Fuente Otros Ingresos		\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 1.108.275	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	-----	8346916672	Valor Base retención en la fuente	1.108.275,00
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 877.803	\$ 1.440.000	Valor Base retención en la fuente ICA	1.669.700,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 109.800	\$ 180.000	Valor base IVA	0,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 140.500	\$ 230.400	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	\$ 4.600	\$ 7.600	Menos Retención IVA	0,00 15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -		Reteica - 8299	16.129,00 0,966%
Aportes voluntarios a cuentas AFC	\$ -		Otras Retenciones	0,00 0,00%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.128.000	\$ -		Otras Retenciones	0,00 0,00%
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.560.700	\$ -		Otras Retenciones	0,00 0,00%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones	0,00 0,00%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones	0,00 0,00%
Aportes A.R.L. de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Descuentos de Libranza	0,00
Dependientes hasta \$ 1.139.424	\$ 192.000		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00
Salud hasta \$ 569.712	\$ -		VALOR A PAGAR	\$ 1.903.871,00
Renta Exenta 25% \$ 8.545.680	\$ 369.425			
Retención en la Fuente Contingente	\$ -			

SON: UN MILLÓN NOVECIENTOS TRES MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y UN PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO	
Impartir Formación Profesional Integral al Tecnólogo en Gestión de Destinos Turísticos. Competencia: Elaborar diagnóstico turístico. Fichas: 2141022, 2141033, 2141013, 2205431 Competencia: Elaborar Plan de Acción de Turismo, Ficha: 2065839 Técnico en Recepción hotelera, Competencia: Razonamiento cuantitativo Ficha: 2183755 Tecnólogo en Organización de eventos, Competencia Administrar recursos, Fichas: 2205440, 2205432 Desarrollo curricular del programa de Coordinación de servicios hoteleros CONTRATO No. CO1.PCCNTR.1350594	

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.	JOSE ALEJANDRO BENAVIDEZ RAMIREZ EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO	
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí 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, SONIA YAMILE ACUNA LESMES 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

CARLOS ALBERTO BARON SERRANO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): JOSE ALEJANDRO BENAVIDEZ RAMIREZ
No. Identificación: CC3166549
Dirección: CR 69 63 A BIS 45
Telefono: 2313131
Correo: ALEJOBENAVIDEZ@HOTMAIL.COM
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8346916672

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	JOSE ALEJANDRO BENAVIDEZ RAMIREZ	Número de Empleados	1
Tipo y número de identificación	CC3166549	Periodo de Cotización Salud	noviembre de 2020
Número de planilla	8346916672	Periodo de Cotización Pensión	noviembre de 2020
Fecha pago	2020-11-30	Número de Administradoras	3
Número de autorización pago	44176442	Total Pagado	425500
Banco	1023	Total Intereses de Mora	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	15100	1
230301	Porvenir	230400	1
EPS008	Compensar EPS	180000	1
PAICBF	ICBF Instituto Colombiano de Bienestar Familiar	0	1
PASENA	SENA	0	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 3166549
APELLIDOS Y NOMBRES: JOSE ALEJANDRO BENAVIDEZ RAMIREZ

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	230301	1440000	1440000	1440000	0	180000	0	230400	0	15100	0



PAGO DE FACTURAS

PILA BF

NUM APROBACION: 44176442

NUM REFERENCIA: 00000008346916672

NUM IDENTIFICACION: 3166549

PERIODO: 2020-11

FECHA EFECTIVA: 2020-11-30

VALOR: 425.500

LUN30 NOV 20 09:43:45

335-03673738-223

783338-328574-644624-128260-40

CONSERVE ESTE TIQUETE. ES EL
UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO. EN

CASO DE RECLAMO LLAMAR A:

A SU OPERADOR.

AGT 13154 CLR 79362255

09164402-634537

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Bogotá, 16 de 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.	1034778223	GABRIELA BENAVIDEZ DELGADO	HIJO
-------------	-------------------	-----------------------------------	-------------

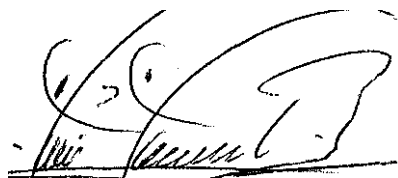
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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: José Alejandro Benavidez Ramírez

C.C. # 3.166.549 de Sasaima (Cund.)

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

0031

NUIP 1034778223

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo 3 7426664
Serial

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina							
Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código	
☐	☒	611	☐	☐	☐	1069	
País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía							
COLOMBIA - BOGOTÁ D.C. - NOTARÍA SESENTA Y UNA							

Datos del inscrito							
Primer Apellido				Segundo Apellido			
BENAVIDEZ				DELGADO			
Nombre(s)							
GABRIELA							
Fecha de nacimiento							
Año	Mes	Día	Sexo (en letras)		Grupo Sanguíneo	Factor RH	
2005	003	23	FEMENINO		B POSITIVO		
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección)							
COLOMBIA - BOGOTÁ D.C.							

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigo		Número certificado de nacido vivo
-CERTIFICADO DE NACIDO VIVO		A6172636

Datos de la madre	
Apellidos y nombres completos	
DELGADO CRUZ ANGELA ANDREA	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. #52.704.450 DE BOGOTÁ	COLOMBIANA

Datos del padre	
Apellidos y nombres completos	
BENAVIDEZ RAMIREZ JOSE ALEJANDRO	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. #3.166.549 DE SASAIMA (CUND)	COLOMBIANA

Datos del declarante	
Apellidos y nombres completos	
BENAVIDEZ RAMIREZ JOSE ALEJANDRO	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. #3.166.549 DE SASAIMA (CUND)	

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		Notario	
Año	Mes	Día	Notario y firma
2005	004	16	DANIEL ERNESTO PENA NOTARIO(E) 16 ABR 2005

NOTARÍA N.º 1
BOGOTÁ D.C.
16 ABR 2005

16 ABR 2005

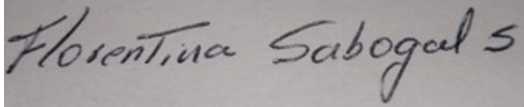
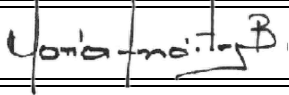
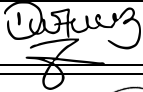
RECIBIDO Y SUBIDIO
Notaría del Estado

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA ENTREGA DE BIENES E INFORMACIÓN DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL POR EL CONTRATISTA	LUGAR: Bogota
		FECHA: Diciembre de 2020
		REGIONAL: Distrito Capital

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS:	IDENTIFICACIÓN
Jose Alejandro Benavidez Ramirez	C.C. No 3.166.549
DIRECCIÓN U OFICINA DONDE SE EJECUTÓ EL CONTRATO:	Centro Nacional Hoteleria Turismo y Alimentos
NÚMERO Y FECHA DE CONTRATO:	No. C01-PCNTR.1350594 del 06 de Febrero de 2020

CAUSAL DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO			
LIQUIDACIÓN POR MUTUO ACUERDO	☒	CESIÓN	☐
LIQUIDACIÓN ANTICIPADA POR MUTUO ACUERDO	☐	TERMINACIÓN UNILATERAL	☐

DEPENDENCIA SENA	Marcar con x	RESPONSABLES	
		NOMBRES	FIRMA
ENTREGA CARNÉ (A Supervisor del Contrato en las Regionales y Centros de Formación) SECRETARÍA GENERAL	☒	Jessica Gustin Hernandez	
OTRO (OFFICE)	☒	Sandra Maria Mendez Lasso	
OTRO (LAVANDERIA)	☒	Florentina Sabogal Sabogal	
GESTIÓN DE TIC	☒	Maria del Rosario Amortegui Bejarano	
BIBLIOTECA	☒	Milena Gonzalez Mora	
ALMACÉN E INVENTARIOS	☒	Deicy Viviana Ipuz Morales	
CONTABILIDAD	☒	Derly Agelica Alvarado Cepeda	
ADMINISTRACIÓN DE DOCUMENTOS	☒	Sandra Viviana Ospina Santamaria	
COORDINACIÓN DE: ÁREA/GRUPO/ ACADEMICA	☒	Sonia Yamile Acuña Lesmes	
SUPERVISOR DE CONTRATO	☒	Sonia Yamile Acuña Lesmes	

ELEMENTOS FALTANTES U OBLIGACIONES PENDIENTES (Relacionar con su respectivo valor)
OTROS :

 Firma del Contratista
--

	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA PROCESO DE GESTIÓN DE INFRAESTRUCTURA Y LOGÍSTICA RELACION DE BIENES A CARGO DEL CUENTADANTE	Versión: 1.01
		Fecha: 15.10.2020

De acuerdo con los registros del Sistema para la Administración y Control de Bienes SACB el Sr(a) identificado(a) con CC. 3166549 tiene los siguientes bienes a cargo:

Listado de inventarios:

Regional	Centro	Modulo	Placa	Valor
----------	--------	--------	-------	-------

CANTIDAD DE BIENES A CARGO:0

VALOR TOTAL: \$0,00

Fecha de emisión del reporte: 13 de diciembre de 2020 a las 14:33:38

El cuentadante responde administrativa y fiscalmente por los bienes aquí relacionados y rendirá cuentas de su utilización. Todo ello según lo dispuesto sobre este particular en la Constitución Política Nacional Art. 124 y en especial lo establecido en los numerales 21 y 22 del Art. 34 de la Ley 734 de 2002; Resolución 1378 de 2018 y en las obligaciones generales de los Contratos de Prestación de Servicios.