

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL DISTRITO CAPITAL CENTRO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA- BTÁ D.C.		Código Regional	11
			Código Centro	940410
			Fecha Elaboración	Mayo de 2020
			Versión	MAYO 2020 - 4,20
			ID de Proceso	63611-712867

DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista:		NELSY YULIETH LOPEZ		C.C.
Correo electrónico contratista:		nyulieth@sena.edu.co		52.148.596
Régimen del IVA:		NO RESPONSABLE		IP/N° de contacto
Pertenece al régimen simple de tributación?		NO		3105709296
Es declarante de renta?		SI		Es Pensionado?
NO		NO		NO
Sus ingresos en el 2019 Superaron \$47.978.000		NO		Inducción SST
NO		SI		Presta Servicios Excluidos de IVA ?
Banco al cual consignar:		AV VILLAS		SI
Tipo de cta		AHORROS		N° Cuenta
668747533		NO		Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2020 supera los \$ 117.503.000
Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato?		NO		NO
Tiene contratos de prestación de servicios con otras Entidades Públicas:		NO		NO
Se acogió para el mes anterior, al pago parcial del aporte al Sistema General de Pensiones según el Art. 3 del Decreto N° 558:		NO		NO
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:		SI		SI

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO				
N° del contrato:	1357686/2020	N° Compromiso SIIF	31720	
Valor Total del Contrato	\$ 37.901.500	N° Pago	4	
Saldo Anterior del Contrato	\$ 27.668.095	Periodo objeto de pago	Del 01/05/2020 Al 31/05/2020	
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 23.877.945	Comisiones	\$ 0,00	
Valor Bruto Pago	\$ 3.790.150,00			

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios	\$ 3.790.150	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	\$ 3.790.150	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 2.382.026			

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR					
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	Mayo	Abril	Valor Base retención en la fuente	2.382.026,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.516.060	\$ 1.516.060	Valor Base retención en la fuente ICA	3.555.050,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 189.600	\$ 189.600	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 45.500	\$ 242.600	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	\$ 8.000	\$ 8.000	Menos Retención IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -	\$ -	Reteica - 8299	34.342,00	0,966%
Aportes voluntarios a cuentas AFC	\$ -	\$ -	Aporte Voluntario Dec. 568/2020	0,00	0,000%
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	\$ 379.015	\$ -	Descuentos de Libranza	0,00	
Salud hasta \$ 569.712	\$ -	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Renta Exenta 25% \$ 8.545.680	\$ 794.009	\$ -	VALOR A PAGAR	\$ 3.755.808,00	
Retención en la Fuente Contingente \$ -	\$ -	\$ -			

SON: TRES MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS OCHO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO	
Orientar Formación Profesional Integral a los aprendices según programación de fichas Acompañamiento a los aprendices en el desarrollo de procesos formativos y/o productivos Actualizar contenidos y tecnologías en las diversas competencias del programa de formación. Elaboración y entrega de formatos y documentos requeridos en el proceso académico administrativo.	

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.		NELSY YULIETH LOPEZ 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, MAGALY LEÓN LLANOS INSTRUCTOR G14

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

WAINE ANTONY TRIANA ALBIS
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52148596		LOPEZ NELSY YULIETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 55 sur No. 24C-85 Int 5 apto 201	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4745912	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2020-04	2020-04	614831880	9405555132	I	2020/05/26	2020/05/04	BANCO AV VILLAS	\$449,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																			
EMPLEADO					PENSION					SALUD					CCF				
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,516,060	\$242,600			\$1,516,060	\$189,600			\$1,516,060	\$9,100			\$1,516,060	\$8,000	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,516,060	\$242,600			\$1,516,060	\$189,600			\$1,516,060	\$9,100			\$1,516,060	\$8,000	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$1,516,060	\$242,600			\$1,516,060	\$189,600			\$1,516,060	\$9,100			\$1,516,060	\$8,000	
1	CC	52148596	LOPEZ NELSY	25-14	30	\$1,516,060	\$242,600	EPS005	30	\$1,516,060	\$189,600	CCF24	30	\$1,516,060	\$9,100	14-23	30	\$1,516,060	\$8,000
Total Afiliados(1)					\$1,516,060	\$242,600			\$1,516,060	\$189,600			\$1,516,060	\$9,100			\$1,516,060	\$8,000	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52148596		LOPEZ NELSY YULIETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 55 sur No. 24C-85 Int 5 apto 201	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4745912	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-04	2020-04	614831880	9405555132	I	2020/05/26	2020/05/04	BANCO AV VILLAS	0	\$449,300

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	\$8,000	\$0	\$0	\$8,000	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$8,000	\$0	\$0	\$8,000	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$9,100	\$0	\$0	\$9,100	
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	\$9,100	\$0	\$0	\$9,100	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$189,600	\$0	\$0	\$189,600	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$189,600	\$0	\$0	\$189,600	
TOTAL				1	\$449,300	\$0	\$0	\$449,300	

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Bogotá, 18 de mayo 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.	1014863323	SANTIAGO PEÑA LOPEZ	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: NELSY YULIETH LOPEZ

C.C. 52148596



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

NUIP **1014863323**

**REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO**

Indicativo Serial **40991878**

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número **52** Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código **A 3 H**

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

***** COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C. *****

Datos del inscrito

Primer Apellido **PEÑA** Segundo Apellido **LOPEZ**

Nombre(s) **SANTIAGO**

Fecha de nacimiento Año **2007** Mes **SEP** Día **30** Sexo (en letras) **MASCULINO** Grupo Sanguíneo **O** Factor RH **POSITIVO**

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

***** COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C. *****

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO Número certificado de nacido vivo **A8268546**

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos **LOPEZ NELSY YULIETH**

Documento de identificación (Clase y número) **C.C.No. 52.148.596** Nacionalidad **COLOMBIANA**

Datos del padre

Apellidos y nombres completos **PEÑA PEDRAZA RUBEN DARIO**

Documento de identificación (Clase y número) **C.C.No. 3.086.266** Nacionalidad **COLOMBIANA**

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos **PEÑA PEDRAZA RUBEN DARIO**

Documento de identificación (Clase y número) **C.C.No. 3.086.266** Firma *[Firma]*

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Firma *[Firma]*

Datos segunda testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Firma *[Firma]*

Fecha de inscripción Año **2007** Mes **OCT** Día **05**

Nombre y firma del funcionario que autoriza **GABRIEL URIBE ROLDAN**

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento **GABRIEL URIBE ROLDAN**

ESPACIO PARA NOTAS

ANOTADO EN EL LIBRO DE VARIOS No 48 FOLIO 194

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

Hier p