SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL DISTRITO CAPITAL
CENTRO DE TECNOLOGIAS PARA LA CONSTRUCCION Y LA MADERA-BTA D C

Código Regional	**11**
Código Centro	**920910**
Fecha Elaboración	**Junio de 2020**
Versión	**MAYO 2020 - 4,20**
ID de Proceso	**99547-262096**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	MONICA GONZALEZ PAEZ	**C.C.**	51.953.133	**IP/Nº de contacto**	14797
Correo electrónico contratista:	mogonzalezp@sena.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 ?** SI

Banco al cual consignar: BANCOLOMBIA **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 67340312462

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: 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

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: NO

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato:	1339835/2020		**Nº Compromiso SIIF**	**8720**	
Valor Total del Contrato	$ 39.543.898	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**		**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 24.762.313	**5**	**Del** 01/06/2020 **Al**	30/06/2020	**$ 3.790.150,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 20.972.163		Comisiones	$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.790.150	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	**$ 3.790.150**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.234.201**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**		**$ 0**

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

	Junio	Mayo
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**43151139**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.516.060	$ 1.516.060
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 189.600	$ 189.600
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 242.600	$ 242.600
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL V	$ -	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.128.000	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.560.700	$ -	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Dependientes hasta $ 1.139.424	$ 379.015	
Salud hasta $ 569.712	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 744.734	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.234.201,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.357.950,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299	32.438,00	0,966%
-	0,00	
-	0,00	
Aporte Voluntario Dec. 568/2020	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$ 3.757.712,00**	

SON: TRES MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL SETECIENTOS DOCE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

IMPARTIR FORMACION PROFESIONAL EN TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA EN LAS SIGUIENETS FICHAS
FICHA 2106185 SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO I, NORMATIVIDAD LEY 100 DEL 93 Y DECRETO 1295 DEL 94
FICHA 2068871: SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO I: NORMATIVIDAD LEY 100 DEL 93, CONCEPTOS BASICOS SSST, GTC45 IDENTIF. DE PELIGROS
FICHA 1989197: MEDIO AMBIENTE, NOMATIVIDAD ISO 14001, BUENAS PRACTICAS AMBIENTALES, PROYECTO AMBIENTAL
FICHA 2106176: SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO I, NORMATIVIDAD LEY 100 DEL 93, CONCEPTOS BASICOS SSST, GTC45 IDENTIF. DE PELIGROS
FICHA 2026336: SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO II, TIPOS DE FUEGO, EXTINTORES, PLAN DE EMERGENCIAS, BRIGADA DE EMERGENCIAS.
FICHA 2068870: SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO I, NORMATIVIDAD LEY 100 DEL 93, CONCEPTOS BASICOS SSST, GTC45 IDENTIF. DE PELIGROS
FICHA 2104239:AUTOCUIDADO EN SST,NORMATIVIDAD LEY 100 DEL 93, CONCEPTOS BASICOS SSST, GTC45 IDENTIF. DE PELIGROS
FICHA 2100387: FUNDAMENTOS EN SST,NORMATIVIDAD LEY 100 DEL 93, CONCEPTOS BASICOS SSST, GTC45 IDENTIF. DE PELIGROS

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.

MONICA GONZALEZ PAEZ
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,

EDGAR ELIAS PARRA RUBIO
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

JAIME EDUARDO VALENCIA ESCANDON
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

compensar | miplanilla.com

REPORTE RESUMEN DE PAGO

Información básica de la planilla

Empresa:	MONICA GONZALEZ PAEZ	**NIT:**	51953133
Tipo Planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones:**	mayo 2020
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	mayo 2020
Número de Radicación:	43151139	**Total a pagar:**	$470,600
Fecha de vencimiento:	30/09/2020	**Total de empleados:**	1
Fecha de Pago:	04/06/2020	**Número de Administradoras:**	4

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:**	643683416
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	$8,000
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones -	1		$0	$242,600
CCF24	860066942	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1		$0	$30,400
EPS008	860066942	Compensar EPS	1		$0	$189,600
						$470,600

***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 PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 14 de junio 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 contratista de prestación de servicios personales y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario y el artículo 1.2.4.1.18. del Decreto 1625 de 2016, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

T.I.	**1141120210**	**JUAN FELIPE FUENTES GONZALEZ**	**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: ___MONICA GONZALEZ PAEZ_____

C.C. ___51953133_____

NO IMPRIMA ESTA HOJA ES SOLAMENTE DE CARÁCTER INFORMATIVO

REQUISITOS PARA DEDUCCIONES POR DEPENDIENTES

En el siguiente cuadro se relacionan los requisitos y documentos que se deben adjuntar para poder acceder al beneficio de disminución de retención en la fuente, por dependientes:

DEDUCCION	CONCEPTO	REQUISITOS
DEPENDIENTES	Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad.	Registro civil de nacimiento
	Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES ' o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.	Recibo de pago de matrícula de instituciones debidamente acreditadas
	Los hijos del contribuyente mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Medicina Legal
	El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal
	Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal

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

NUIP 1141120210

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 52668379

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 67 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** D T Y

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA ---- CUNDINAMARCA ---- BOGOTA D.C.

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
FUENTES	GONZALEZ

Nombre(s): JUAN FELIPE

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2009 Mes SEP Día 14	MASCULINO	O	(+)

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA ---- CUNDINAMARCA ---- BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	52188987-8

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: GONZALEZ PAEZ MONICA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA N° 51.953.133 BOGOTA D.C.	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: FUENTES CARRASQUILLA JACK

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA N° 18.004.040 SAN ANDRES	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: FUENTES CARRASQUILLA JACK

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CEDULA DE CIUDADANIA N° 18.004.040 SAN ANDRES	X

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 2012 Mes JUL Día 09	VICTORIA C. SAAVEDRA S. — Nombre y firma

Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
X — Firma	VICTORIA C. SAAVEDRA S. — Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

ESTE SERIAL REEMPLAZA AL SERIAL N° 41917334 FECHA 29/SEP/2009 POR RECONOCIMIENTO DE HIJO EXTRAMATRIMONIAL VOLUNTARIO EFECTUADO POR EL SEÑOR JACK FUENTES CARRASQUILLA IDENTIFICADO CON LA CEDULA CIUDADANIA No. 18.004.040 SAN ANDRES., SE SIENTA A SOLICITUD DEL INTERESADO, (SEGÚN LEY 75 de 1968). INSCRITO EN EL LIBRO DE VARIOS TOMO 38 FOLIO 204. (JULIO 09 DE 2012).

Privar y Dar por Terminados los derechos de la Patria Potestad al señor Jack Fuentes Carrasquilla. CC: 18004040 a Senalde los cuales se radican unica y exclusivamente en su progenitora. señora Monica Gonzalez Mediante Sentencia Judicial. del Juzgado Quince de Familia. de Bogota. el febrero 2014. OFICIO. 0615. Libro de varios # 52 Folio 59 24 JUN. 2014

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

* 52668379 *