

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL DISTRITO CAPITAL CENTRO DE GESTION ADMINISTRATIVA-BTA D C - SERVICIOS PRESTADOS A L		Código Regional	11
			Código Centro	940410
			Fecha Elaboración	Julio de 2020
			Versión	MAYO 2020 - 4,20
			ID de Proceso	58004-038493
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista: NAJIA SUSANA SALAME CLAVIJO		C.C. 51.901.759	IP/N° de contacto 4614425	
Correo electrónico contratista: najiasu@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 ? ☐ SI		
Banco al cual consignar: BANCO COLPATRIA		Tipo de cta AHORROS	N° Cuenta 8152148020	
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: ☐ 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: 1326012/2020		N° Compromiso SIIF		5720
Valor Total del Contrato	\$ 34.237.688	N° Pago	Periodo objeto de pago	
Saldo Anterior del Contrato	\$ 15.160.600	7	Del 01/07/2020	Al 31/07/2020
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 11.370.450	Comisiones		\$ 0,00
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			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 3.790.150	Menos, Rete Fuente 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				
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	Julio	Junio	Valor Base retención en la fuente	2.234.201,00
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.516.060	\$ 1.516.060	Valor Base retención en la fuente ICA	3.357.950,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 189.600	\$ 189.600	Valor base IVA	0,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 242.600	\$ 242.600	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00
ARL	\$ 8.000	\$ 8.000	Menos Retención IVA	0,00
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -	\$ -	Reteica - 8299	32.438,00
Aportes voluntarios a cuentas AFC	\$ -	\$ -	Aporte Voluntario Dec. 568/2020	0,00
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.128.000	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.560.700	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Aportes A.R.L. de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
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	\$ 744.734	\$ -	VALOR A PAGAR	\$ 3.757.712,00
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	\$ -		
SON: TRES MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL SETECIENTOS DOCE PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Orientar formación profesional integral 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 administrativos.				
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.			NAJIA SUSANA SALAME CLAVIJO 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,	
			NURY PATRICIA MALDONADO ZARATE 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				
WAINE ANTONY TRIANA ALBIS SUBDIRECTOR DE CENTRO G02				



Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 51901759		SALAME CLAVIJO NAJIA SUSANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 83BIS 23 51 APTO 106	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4614425	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-06	2020-06	07861620	9407861620	I	2020/07/14	2020/07/06	BANCO AV VILLAS	0	\$470,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD		CCF		RIESGOS		PARAFISCALES	
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,516,060	\$242,600			\$1,516,060	\$189,600			\$1,516,060	\$8,000
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,516,060	\$242,600			\$1,516,060	\$189,600			\$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	\$8,000
1	CC 51901759	SALAME NAJIA	25-14	30	\$1,516,060	\$242,600	EPS008	30	\$1,516,060	\$189,600	CCF24	30	\$1,516,060	\$8,000
Total Afiliados(1)					\$1,516,060	\$242,600			\$1,516,060	\$189,600			\$1,516,060	\$8,000

AREANDINA

JORGE ANDRES TRUJILLO SALAME
DIG CALLE 83 BIS # 23 - 51
4614425
BOGOTÁ D.C.

RECIBO DE MATRÍCULA No. 215-042383
PREGRADO
DISEÑO GRÁFICO

Matrícula General

AÑO	MES	DÍA	PERIODO	ESTUDIANTE	RESPONSABLE
2020	06	27	20203	201830019158 JORGE ANDRES TRUJILLO SALAME	CC 1018503421 JORGE ANDRES TRUJILLO SALAME
CONCEPTO		BASE DE CÁLCULO		UNIDADES	VALOR
MATRICULA ORDINARIA		4,570,000.00		1.00 %	4,570,000.00
DERECHOS COMPLEMENTARIOS - SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL		109,000.00		1.00	109,000.00
INCENTIVO AREANDINA PRESENCIAL 20%		914,000.00		1.00	914,000.00
VALOR A PAGAR		4,679,000.00		1.00 PESOS	3,765,000.00
					3,765,000.00
TOTAL A PAGAR HASTA		20200710			3,765,000.00
RECARGO POR PLAZO					
TOTAL A PAGAR HASTA		20200724			4,679,000.00
RECARGO POR EXTEMPORÁNEO					
TOTAL A PAGAR HASTA		20200731			4,679,000.00



\$ 3,765,000

Una vez realizado el pago de esta matrícula se adquiere la calidad de estudiante y se aceptan las condiciones académicas y financieras establecidas por la Fundación Universitaria del Área Andina.

Para efectos de pago de matrícula con cheque, se recibirán únicamente cheques de gerencia girados a nombre de Fundación Universitaria del Área Andina.

EL INGLÉS ES UN REQUISITO DE GRADO PARA PREGRADO; EL BILINGÜISMO, ES UN COMPROMISO DE TODOS*

Te invitamos a realizar tu pago por PSE, encontrarás mayor información en la siguiente ruta:

1. Ingresa a la página oficial de AREANDINA www.areandina.edu.co

2. Luego dirígete a la pestaña Aspirantes, click en Financiación y sigue los pasos del instructivo para Pagos PSE

DOCUMENTO PARA EL ESTUDIANTE

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Bogotá, 1º de julio de 2020

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)

Ciudad Bogotá

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.	JOEL AGUDELO SALAME	1025521910	HIJO
C.C.	JORGE ANDRES TRUJILLO SALAME	1018503421	HIJO

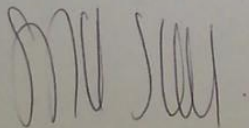
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad
- Mi hijo mayor es universitario

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: Nayla Susana Salame Clavijo.

cc 51.921.759 B10



RECIBO DE NACIMIENTO
NOMBRE: ROSALIA SERRA
FECHA DE NACIMIENTO: 1980-05-30
LUGAR DE NACIMIENTO: BOGOTA, D.C.

SECCION GENERAL
1. Nombre completo: ROSALIA SERRA
2. Sexo: FEMEA
3. Fecha de nacimiento: 1980-05-30
4. Lugar de nacimiento: BOGOTA, D.C.

SECCION ESPECIAL
5. Estado civil: SOLTERA
6. Ocupación: ESTUDIANTE
7. Fecha de expedición: 1980-05-30
8. Lugar de expedición: BOGOTA, D.C.

SECCION ESPECIAL
9. Nombre completo: ROSALIA SERRA
10. Sexo: FEMEA
11. Fecha de nacimiento: 1980-05-30
12. Lugar de nacimiento: BOGOTA, D.C.

AREANDINA

Fundación Universitaria del Área Andina
NIT 816.577.302.1

JORGE ANDRES TRUJILLO SALAME
DIG CALLE 83 BIS # 23 - 51
4614425
BOGOTÁ D.C.

Matrícula General

RECIBO DE MATRÍCULA No. 115-936523
PREGRADO
DISEÑO GRÁFICO

ANO	MES	DIA	PERIODO	ESTUDIANTE	RESPONSABLE	
2019	12	11	20201	201830018158 JORGE ANDRES TRUJILLO SALAME	CC 1018503421 JORGE ANDRES TRUJILLO SALAME	
			CONCEPTO	BASE DE CALCULO	UNIDADES	VALOR
			MATRÍCULA ORDINARIA	4.570.000,00	1,00 %	4.570.000,00
			DERECHOS COMPLEMENTARIOS - SERVICIO MEDICO ASISTENCIAL	109.000,00	1,00	109.000,00
			VALOR A PAGAR	4.679.000,00	1,00 PESOS	4.679.000,00
						4.679.000,00
						4.679.000,00
TOTAL A PAGAR HASTA 2019-12-01						4.679.000,00
RECARGO POR PLAZO						
TOTAL A PAGAR HASTA 2020-01-01						4.907.500,00
RECARGO POR EXTENSION						
TOTAL A PAGAR HASTA 2020-01-01						5.136.000,00

Una vez realizado el pago de esta matrícula se adquiere el derecho a matricularse y se aceptan las condiciones académicas y financieras establecidas por la Fundación Universitaria del Área Andina.

Para efectos de pago de matrícula con cheque, se reciben unos cheques de garantía girados a nombre de Fundación Universitaria del Área Andina.

EL VALOR ES UN REQUISITO DE GRADO PARA PREGRADO. EL BILINGÜISMO, ES UN COMPROMISO DE TODOS.

Se informa a realizar el pago por PSE, encontrará más información en la siguiente ruta:
1. Ingresa a la página oficial de AREANDINA www.areandina.edu.co
2. Luego dirige a la pestaña Aspirantes, click en Financiación y sigue los pasos del instructivo para Pagos PSE

DOCUMENTO PARA EL ESTUDIANTE

4614425 4'679.000

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

1015521910

NUIP 1025-701910 /

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo 35790756
Serial

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número 57 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código 1064

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía
COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA

Datos del inscrito

Primer Apellido AGUDELO / Segundo Apellido SALAME /

Nombre(s) JOEL /

Fecha de nacimiento Año 2004 Mes 04 Día 07 Sexo (en letras) MASCULINO Grupo Sangüíneo A++ Factor RH NEGATIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección)
COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO DR. KARIN FRANCO CRUNTORADOVA R. 39695642 A 5469769

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos SALAME CLAVIJO NAJIA SUSANA /

Documento de identificación (Clase y número) C.C.N.51.901.759.BOGOTA /

Nacionalidad COLOMBIANA /

Datos del padre

Apellidos y nombres completos AGUDELO ABELLA MARIO RENE /

Documento de identificación (Clase y número) C.C.N.79.427.360.BOGOTA /

Nacionalidad COLOMBIANA /

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos AGUDELO ABELLA MARIO RENE /

Documento de identificación (Clase y número) C.C.N.79.427.360.BOGOTA /

Firma *Mario R. Agudelo*

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 Año 2004 Mes ABR Día 28

Nombre y firma del funcionario que inscribe
EDILBERTO RODRIGUEZ CALDERON /

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se reconoce

Nombre y firma



ESPACIO PARA NOTAS

LA SUSCRITA NOTARIA(57) DE BOGOTÁ HACE CONSTAR QUE EL NUMERO CORRECTO DEL NUIP ES 1025521910 ANTERIOR DE CONFORMIDAD A LA RESOLUCIÓN No. 3007 DEL 10 AGOSTO DE 2004 DE LA REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

09 NOV 2004

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO



NIT. 860.062.287-2

Cra 7 No. 9 - 96 Bogotá D.C.

Tel. 444 25 30

1025521810

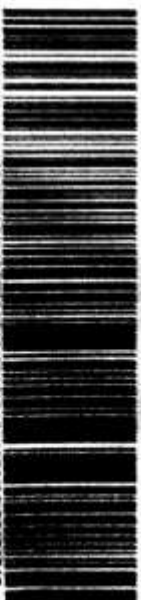
4593

AGUDELO SALAMI JOEL

4063

PROBATION
COURT CLERK
OF LOS ANGELES
COUNTY
JUL 2 1962
RECEIVED

PUNTOS DE PAGO
BANCO DE BOGOTÁ CTA CTE 033380643



(415) 770-6660 ext. 317 (6020) 10256210101013000101244870196120191210

CLIENTE: