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	**14 de agosto de 2020**
Versión	**AGOSTO 2020 - 5,20**
ID de Proceso	**98089-303687**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	YELITZA ARACELY SABOGAL TORRES	**C.C.**	52.263.217	**IP/Nº de contacto**	3103357410
Correo electrónico contratista:	styelitza@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 DE BOGOTA **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 208024588

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:

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

Nº del contrato: 1343022/2020 **Nº Compromiso SIIF** **18520**

Valor Total del Contrato	$ 33.732.335	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 11.370.450	**7**	**Del**	**01/08/2020**	**Al**	**31/08/2020**	**$ 3.790.150,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 7.580.300		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

	Agosto	Julio
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**9408650527**
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 I	$ 8.000	$ 8.000
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	
-	0,00	
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

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.

YELITZA ARACELY SABOGAL TORRES
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

aportes en línea

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 52263217		SABOGAL TORRES YELITZA ARACELY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 147 a 50-55 apto 202	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4688480	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-07	2020-07	9408650527	9408650527	I	2020/08/06	2020/07/30	BANCO BOGOTA	0	$470,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,517,000	$242,800			$1,517,000	$189,700			$1,517,000	$30,400			$1,517,000	$8,000		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,517,000	$242,800			$1,517,000	$189,700			$1,517,000	$30,400			$1,517,000	$8,000		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,517,000	$242,800			$1,517,000	$189,700			$1,517,000	$30,400			$1,517,000	$8,000		$0	$0
1	CC 52263217	SABOGAL YELITZA	25-14	30	$1,517,000	$242,800	EPS008	30	$1,517,000	$189,700	CCF24	30	$1,517,000	$30,400	14-23	30	$1,517,000	$8,000	30	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$1,517,000	$242,800			$1,517,000	$189,700			$1,517,000	$30,400			$1,517,000	$8,000		$0	$0

aportes en línea

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 52263217		SABOGAL TORRES YELITZA ARACELY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 147 a 50-55 apto 202	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4688480	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-07	2020-07	9408650527	9408650527	I	2020/08/06	2020/07/30	BANCO BOGOTA	0	$470,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$242,800	$0	$0	$242,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$242,800	$0	$0	$242,800
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	$30,400	$0	$0	$30,400
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$30,400	$0	$0	$30,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$189,700	$0	$0	$189,700
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$189,700	$0	$0	$189,700
TOTAL				1	$470,900	$0	$0	$470,900

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Bogotá, 14 de Agosto 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 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.	**1000150760**	**Juan Sebastián Ramírez Sabogal**	**HIJO**
R. C	**1027291582**	**Juan José Ramírez Sabogal**	**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

Yelitza Sabogal Torres
CC 52.263.217 Bogotá

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP A2F 0252018

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 33170668

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 39 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** 1037

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
RAMIREZ	SABOGAL

Nombre(s)
JUAN SEBASTIAN

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2003 Mes 09 Día 23	MASCULINO	" A "	POSITIVO

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO	A 4440107

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

SABOGAL TORRES YELITZA ARACELY

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 52.263.217 de BOGOTA	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

RAMIREZ SILVA JUAN CARLOS

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 79.308.725 de BOGOTA	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

RAMIREZ SILVA JUAN CARLOS

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. No. 79.308.725 de BOGOTA	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 2003 Mes 10 Día 03	FRANCI ULLOA RIAÑO Nombre y firma

Notario Encargado

IMPRESO POR PANAMERICANA FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800.175.457-5

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

REPUBLICA DE COLOMBIA

TARJETA DE IDENTIDAD No. 1.000.150.760

APELLIDOS RAMIREZ SABOGAL

NOMBRES JUAN SEBASTIAN

23/SEP/2003 SEXO M

CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO GSA RH+

14/DIC/2010

BOGOTA D.C., CUNDINAMARCA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

21/SEP/2021 29085936

FECHA DE VENCIMIENTO PRIMERA VEZ

ASSENDA NIT. 890.321.151-0

Scanned by CamScanner

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL



FIRMA DEL
REGISTRADOR MUNICIPAL

INDICE DERECHO



Scanned by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1027291582

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 53250979

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 34 [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código [ ]

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
RAMIREZ	SABOGAL

Nombre(s)

JUAN JOSE

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2013 Mes 06 Día 29	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA-CUNDINAMARCA-BOGOTA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	12448120-5

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: SABOGAL TORRES YELITZA ARACELY

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 52263217 de BOGOTA	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: RAMIREZ SILVA JUAN CARLOS

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 79308725 de BOGOTA	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: RAMIREZ SILVA JUAN CARLOS

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 79308725 de BOGOTA	

Del primer testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Del segundo testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2013 Mes 06 Día 30	[illegible] RAMIREZ CASTRO Nombre y firma

- COPIA COPIA PARA EL USUARIO -

Scanned by CamScanner