

 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	Septiembre de 2020
			Versión	AGOSTO 2020 - 5,20
		ID de Proceso	70941-471512	
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista: NIETO CRUZ SANDRA MILENA Correo electrónico contratista: smnieto50@misena.edu.co		C.C. 52.331.505	IP/N° de contacto 3118149184	
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	N° Cuenta 16523592649	
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: 1330470/2020		N° Compromiso SIIF 11620		
Valor Total del Contrato \$ 34.111.350	N° Pago 8	Periodo objeto de pago		Valor Bruto Pago \$ 3.790.150,00
Saldo Anterior del Contrato \$ 7.580.300	Del 01/09/2020	Al 30/09/2020		
Nuevo Saldo del Contrato \$ 3.790.150	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	Menos, Rete Fuente Otros Ingresos		\$ 0	
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO \$ 3.790.150	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 2.234.201				
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	Septiembre	Agosto	Valor Base retención en la fuente 2.234.201,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC \$ 1.516.060	45131992	45131992	Valor Base retención en la fuente ICA 3.357.950,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud \$ 189.600	\$ 1.516.060	\$ 1.516.060	Valor base IVA 0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión \$ 242.600	\$ 189.600	\$ 189.600	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional \$ -	\$ 242.600	\$ 242.600	Menos Retención en la Fuente 0,00	0,00%
ARL \$ 8.000	\$ -	\$ 0	Menos Retención IVA 0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias \$ -	\$ 8.000	\$ 8.000	Reteica - 8299 32.438,00	0,966%
Aportes voluntarios a cuentas AFC \$ -	\$ -	\$ -	0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.128.000 \$ -	\$ -	\$ -	0,00	
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.560.700 \$ -	\$ -	\$ -	0,00	
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	\$ -	\$ -	Otras Retenciones 0,00	0,000%
Salud hasta \$ 569.712 \$ -	\$ -	\$ -	Descuentos de Libranza 0,00	
Renta Exenta 25% \$ 8.545.680 \$ 744.734	\$ -	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00	
Retención en la Fuente Contingente \$ -	\$ -	\$ -	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.			NIETO CRUZ SANDRA MILENA 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,	
			CLAUDIA PILAR POVEDA CORTES 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				

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52331505	SANDRA MILENA NIETO CRUZ		CARRERA 76 NO. 63 F 31	2527394	sami_nieto@yahoo.es
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2020-08	2020-08	I	03/09/2020	45131992	\$470.600

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	189.600	0		0		0	0	0	0	189.600	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	242.600	0	0	0	0	0	0		242.600	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	8.000				8.000	0	0	8.000			80	8.000	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	30.400	0	0	30.400	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	189.600	189.600
Pensión	1	242.600	242.600
Riesgos Laborales	1	8.000	8.000
CCF	1	30.400	30.400
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	470.600	470.600

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52331505	SANDRA MILENA NIETO CRUZ		CARRERA 76 NO. 63 F 31	2527394	sami_niet@yahoo.es
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2020-08	2020-08	I	03/09/2020	45131992	TOTAL A PAGAR \$470.600

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjugo	Extemporaneo	Cotiz. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SEN	ROE	UMA	UMA	UMA	UMA	UMA	UMA	UMA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	52331505	NIETO CRUZ SANDRA MILENA	59	0			N	C																25-14	1.516.060	242.600	0	0	0	0	EPS017	1.516.060	189.600	14-23	1.516.060	1	8.000	CCF24	1.516.060	30.400	0	0	0	0	0	

PAGADA

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Bogotá, 17 de septiembre de 2020

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIAJE (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.	1014991026	KAREN MICHELLE PIEDRAHITA NIETO	HIJO
T.I.	1150186731	GABRIELA GERALDINE PIEDRAHITA NIETO	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: Sandra Milena Nieto Cruz

C.C 52.331.505

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

NUJP 1150186731

**REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO**

Indicativo
Serial

43763495

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número 76 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código D W C

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

COLOMBIA-CUNDINAMARCA-BOGOTÁ D.C.

Datos del Inscrito

Primer Apellido

PIEDRAHITA

Segundo Apellido

NIETO

Nombre(s)

GABRIELA GERALDINE

Fecha de nacimiento

Año

2012

Mes

JUN

Día

08

Sexo (en letras)

FEMENINO

Grupo sanguíneo

B

Factor RH

POSITIVO

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

COLOMBIA-CUNDINAMARCA-BOGOTÁ D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

CERTIFICADO NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo

11471597-2

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

NIETO CRUZ SANDRA MILENA

Documento de identificación (Clase y número)

CC. 52331505

Nacionalidad

COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

PIEDRAHITA CABRERA JORGE ARMANDO

Documento de identificación (Clase y número)

CC. 79481872

Nacionalidad

COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

PIEDRAHITA CABRERA JORGE ARMANDO

Documento de identificación (Clase y número)

CC. 79481872

Firma

JORGE A. PIEDRAHITA

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

2012

Mes

JUL

Día

10

Nombre y firma del funcionario que autoriza

ISAURO RODRIGUEZ HERRERA

NOTARIO 76 DE BOGOTÁ ENCARGADO

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

JORGE ARMANDO PIEDRAHITA C.

Firma

ISAURO RODRIGUEZ HERRERA

NOTARIO 76 DE BOGOTÁ ENCARGADO

ESPACIO PARA NOTAS

LV 140 T 13

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

NUIP	1014991026
------	------------

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 41106868

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina							
Registraduría	☐	Notaría	☒	Número	64	Consulado	☐
Corregimiento	☐	Inspección de Policía	☐	Código	A 3 J		
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía							
COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C. - -							

Datos del inscrito			
Primer Apellido		Segundo Apellido	
PIEDRAHITA - -		NIETO - -	
Nombre(s)			
KAREN MICHELE - -			
Fecha de nacimiento		Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo
Año	2 0 0 7	Mes	0 C T
Día	2 7	FEMENINO	B
Factor RH			
POSITIVO			
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)			
COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C. - -			

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO HOSPITAL SAN JOSE	A 8289418 - -

Datos de la madre	
Apellidos y nombres completos	
NIETO CRUZ SANDRA MILENA - -	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. N. 52.331.505 BOGOTA D.C. - -	COLOMBIANA - -

Datos del padre	
Apellidos y nombres completos	
PIEDRAHITA CABRERA JORGE ARMANDO - -	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. N. 79.481.872 BOGOTA D.C. - -	COLOMBIANA - -

Datos del declarante	
Apellidos y nombres completos	
PIEDRAHITA CABRERA JORGE ARMANDO - -	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. N. 79.481.872 BOGOTA D.C. - -	

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	2 0 0 7
Mes	N O V
Día	1 9
RAUL CALDERON ANGEL (E)	

SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -