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	**Octubre de 2020**
Versión	**AGOSTO 2020 - 5,20**
ID de Proceso	**11344-586404**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: BEISY YURANI ENDE ROA
Correo electrónico contratista: byende@misena.edu.co
C.C. 53.063.836 **IP/Nº de contacto** 16093

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 CAJA SOCIAL **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 24046294667

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

Nº del contrato: 1352028/2020 **Nº Compromiso SIIF** **37020**

Valor Total del Contrato	$ 39.038.545	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**			**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 9.601.713	**9**	**Del**	**01/10/2020**	**Al** **31/10/2020**	**$ 3.790.150,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 5.811.563		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	**$ 2.014.770**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Octubre	Septiembre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**45600326**
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	$ 367.709	
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	$ 652.807	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.014.770,00	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.

BEISY YURANI ENDE ROA
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,

EMILIO DELGADO DIAZ
INSTRUCTOR G18

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

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **BEISY YURANI ENDE ROA**, identificada con **CC** número **53063836**, aportó por el empleado **ENDE ROA BEISY YURANI** identificado(a) con **CC** número **53063836** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, el periodo de pensión de 09 - 2020 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	59															0		30	$1,516,060	0.16000	$242,600	$0	$0	septiembre - 2020	45600326	13/10/2020	NO
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	59															0		30	$1,516,060	0.12500	$189,600	$0	$0	septiembre - 2020	45600326	13/10/2020	NO
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	59															0		30	$1,516,060	0.00522	$8,000	$0	$0	septiembre - 2020	45600326	13/10/2020	NO

PAGADA

El presente certificado se expide a los **19** días del mes **Octubre**de **2020**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

Banco Caja Social
Su banco amigo.

Reporte Anual de Costos Totales

Este reporte es informativo en cumplimiento de lo dispuesto en el Decreto 4809 de 2011 y contiene el resumen de los cobros efectuados por el uso de sus productos y servicios. En ningún caso sustituye a los certificados tributarios expedidos anualmente por el Banco, que son el único documento válido para efectos fiscales.

BEISY YURANI ENDE ROA
CL 87 95 C 14 IN 106
BACHUE
BOGOTÁ, D.C.
CUNDINAMARCA

Información Confidencial
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA | Banco Caja Social

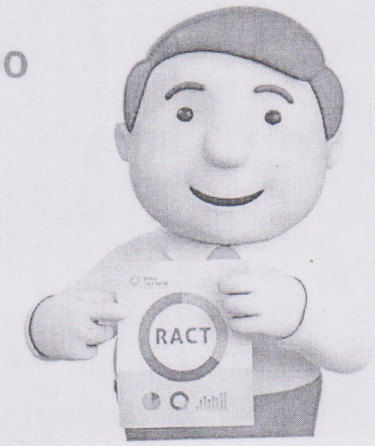
UN BUEN VECINO LO MANTIENE INFORMADO

Nuestro compromiso es con usted.
Reporte anual de costos totales - RACT

Recuerde que también puede consultarlo en la página www.bancocajasocial.com

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA | Banco Caja Social

Banco Caja Social
Su banco amigo.



Febrero 2020

Periodo del Informe

01 de enero al 31 de diciembre de 2019

Crédito
***6081

Descripción del Concepto	Valor
Cobros efectuados al cliente, asociados a los servicios	$4,412,512.99
Intereses corrientes	$275,254.48
Intereses de mora	
Cobros realizados al cliente a favor de terceros	$286,088.00
Seguro de vida	$192,312.00
Seguro incendio y rayo	$172,897.00
Seguro terremoto	

Línea Amiga
307 70 60 en Bogotá
01 8000 910038
en otras ciudades.

Información Importante

1 Banco Caja Social NIT. 860.007.335-4 informa que la Defensoría del Cliente es ejercida por los Doctores José Guillermo Peña González (Defensor Principal) y Carlos Alfonso Cifuentes Neira (Defensor Suplente).
Dirección: Av. 19 No. 114-09 Oficina 502, Bogotá D.C. Teléfonos 2131322 - 2131370.
E-Mail: defensorbancocajasocial@pgabogados.com. Horario de atención de Lunes a viernes de 8:30 a.m. a 1:00 p.m. y de 2:00 p.m. a 5:30 p.m.

2 Por favor informar su inconformidad sobre el contenido del extracto a nuestros revisores fiscales Deloitte & Touche Ltda., al correo revisoriafiscalbanco@fs.co o al A.A. No. 075874 de Bogotá.

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Bogotá, 19 de octubre 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:

NUIP - NIP	**1010842992**	**SARAH CAMILA AREVALO ENDE**	**HIJO**
NUIP - NIP	**1010845205**	**MIGUEL ANGELA AREVALO ENDE**	**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

BEISY YURANI ENDE ROA

C.C. 53.063.836

REPUBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1010845205

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 53115282

53115282

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina NOTARIA 14

Registraduría [ ] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A1D

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

COLOMBIA | CUNDINAMARCA | BOGOTA. D.C

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
AREVALO	ENDE

Nombre(s): MIGUEL ANGEL

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2014 Mes NOV Día 21	MASCULINO	"O"	POSITIVO

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 MEDICO DE NACIDO VIVO	52963085-6

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: ENDE ROA BEISY YURANI

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.53.063.836 DE BOGOTA D.C.	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: AREVALO OVALLE FREDY ALBERTO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.80.743.560 DE BOGOTA D.C.	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: AREVALO OVALLE FREDY ALBERTO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C.80.743.560 DE BOGOTA D.C.	x Fredy Alberto Arevalo O

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 2014 Mes DIC Día 02	JORGE LUIS BUELVAS HOYOS Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
x Fredy Alberto Arevalo Ovalle ANOTADO AL LIBRO DE VARIOS:169 FOLIO:258	JORGE LUIS BUELVAS HOYOS Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

PARA DEMOSTRAR PAGO ART. 115 DECRETO LEY 1250 DE 1970
COMO NOTARIO CATORCE DE ESTE CIRCULO HAGO CONSTAR QUE ESTA FOTOCOPIA COINCIDE CON SU ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE LA NOTARIA CORRESPONDIENTE
AL LIBRO ____ FOLIO ____
SERIAL ____
BOGOTA, D.C. 02 DIC. 2014

JORGE LUIS BUELVAS HOYOS
NOTARIO CATORCE (E)
BOGOTA D.C.

IMPRESO POR PANAMERICANA FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800.175.457-5 TEL. 430 2110

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1010842992

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 43541621

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
	XX	14				A1D

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

Datos del Inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
AREVALO	ENDE

Nombre(s)
SARAH CAMILA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2011 Mes JUL Día 13	FEMENINO	"O"	POSITIVO

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 MEDICO DE NACIDO VIVO	10698971-8

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos
ENDE ROA BEISY YURANI

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.53,063,836 DE Bogotá D.C.	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos
AREVALO OVALLE FREDY ALBERTO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.80,743,560 DE Bogotá D.C.	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos
AREVALO OVALLE FREDY ALBERTO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C.80,743,560 DE Bogotá D.C.	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 2011 Mes JUL Día 18	JORGE LUIS BUELVAS HOYOS Nombre y firma

Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
4 Firma	PARA DEMOSTRAR PARENTESCO ART 115 DECRETO LEY 1260 DE 1970 JORGE LUIS BUELVAS HOYOS Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

COMO NOTARIO CATORCE DE ESTE CIRCULO HAGO CONSTAR QUE ESTA FOTOCOPIA COINCIDE CON SU ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA NOTARIA CORRESPONDIENTE

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -