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 CONSTRUCCIÓN Y LA MADERA- BTÁ D.C

Código Regional	**11**
Código Centro	**920910**
Fecha Elaboración	**Septiembre de 2020**
Versión	**AGOSTO 2020 - 5,20**
ID de Proceso	**72419-618743**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: LIZ FARIDE ROJAS GUTIERREZ
Correo electrónico contratista: lyfrojasg@sena.edu.com
C.C. 51.906.374 **IP/Nº de contacto** 0

Régimen del IVA: NO RESPONSABLE **Pertenece al régimen simple de tributación?** NO **Es declarante de renta?** SI **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** 24725898025

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: 1335014/2020 **Nº Compromiso SIIF** **5220**

Valor Total del Contrato	$ 33.226.982	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 7.074.947	**8**	**Del**	**01/09/2020**	**Al**	**30/09/2020**	**$ 3.790.150,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 3.284.797		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

	Septiembre	Agosto
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**8819017240**
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	
-	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

Impartir formacion Profesional Integral , a las fichas asignadas desde la coordinacion en las actividades de:
Programacion de Obra: 1913940 - 1913950 Programar una vivienda unifamiliar y diagramar en Gantt
Norma Especifica 1: 1913940 - 1913948 - 1913945 Desarrollar la estructura de evaluación en un proyecto a la comunidad
Norma Especifica 2: 1880789 - 1837148 - 1837156 - 1880787 - 1882661 - 1889168 - 1834172 Proyecto general Urbanistico con cuadro de are

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.

LIZ FARIDE ROJAS GUTIERREZ
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,

GUILLERMO PAEZ CARDOZO
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

PAGOSIMPLE | Prefactura

Fecha creación reporte: 2020-09-03, 12:49:39 PM Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Periodo Cotización: agosto de 2020 Periodo Servicio: agosto de 2020 Referencia pago (PIN): 8819017240

Fecha límite de pago: 2020-09-16

GUARDADA 04/08/2020

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LYZ FARYDE ROJAS GUTIERREZ
Documento	CC51906374
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE
Tipo Persona	NATURAL
Ciudad	BOGOTA D.C.
Representante Legal	

Dirección	CL 19 SUR #10 A - 23
Teléfono	2727865
Forma Presentación	ÚNICO
Departamento	BOGOTA D.C.
Identificación	

Total Afiliados: 1

IMPORTANTE: Señor aportante, si usted realiza el pago de su aporte después de las 3:00 PM este se hará efectivo al día hábil siguiente; recuerde revisar su liquidación antes del pago, SIMPLE S.A.; da por entendido que el aportante está de acuerdo con la información suministrada, en consecuencia cualquier inconsistencia con las administradoras serán responsabilidad del aportante.

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Administradora	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Mineducación	Total
CC 51906374	ROJAS GUTIERREZ LYZ FARYDE	59	00																0	30	30	30	0	COLPENSIONES	$ 1.516.060	$ 242.600	NUEVA EPS	$ 1.516.060	$ 189.600	POSITIVA DE SEGUROS	$ 1.516.060	$ 8.000	NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 440.200

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes FSP	Aportes FSS	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE	TOTAL INTERESES	TOTAL FINAL
$ 1.516.060	$ 1.516.060	$ 1.516.060	$ 0	$ 242.600	$ 0	$ 0	$ 189.600	$ 8.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 440.200	$ 0	$ 440.200

IV. INFORMACION

Día hábil de pago sin mora

Periodo de cotización salud

Enero | Febrero | Marzo | Abril | Mayo | Junio | Julio | Agosto | Septiembre | Octubre | Noviembre | Diciembre

COLSUBSIDIO
RESTREPO
DOCUMENTO SOPORTE

NOMBRE : PLANILLA SIMPLE RECAUDO
NIT : 900.097.333-9
CODIGO : 20596
REFERENCIA : 8819017240
PLANILLA : 1032265877
PERIODO : 2020/08
REFERENCIA 2: 8819017240

Código	Descripción	Cant	Valor
693927	RECAUDO PLA	1	440200
			440200

DOCUMENTO
20090300036335
CONSECUTIVO: 001

SEP 03, 20 13:02

03/Sep/2020 13:02 4800 03 0085 5218014
(COPIA CLIENTE)

...l dentro de las fech
...s administradoras.

...- Cartagena: 694 54 44
...MPLE!

...roteger el medio am

...TEF COLSUBSIDIO

COLSUBSIDIO
RESTREPO

AGENTE RETENEDOR DE IVA
NIT 860.007.336-1

Código	Descripción	Valor
VV		
693927	RECAUDO PLANILLA S	440.200
	TOTAL --> $	440.200
	EFECTIVO	440.200

TOTAL ART. VENDIDOS = 0
REDENCION BENEFICIO COVID19
REDENCION BENEFICIO COVID19

ATENDIDO POR: LILIANA PAVA E.

NUMERO DE BOLSAS: 0
03/Sep/2020 13:02 4800 03 0085 5218014
COLSUBSIDIO
CON TODO LO QUE TE MERECES

Scanned with CamScanner

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 15 de Septiembre 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:

C.C.	**1000350325**	**GABRIELA NAVARRETE RIOS**	**HIJO**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Hijo entre 18 y 23 años, y me encuentro 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

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,

Lyz Faryde Rojas Gutiérrez
C.C.51 906 374

FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN
"FUSDESA"
EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

Aprobado por el ministerio de salud, Acuerdo Ejecutivo No. 31 del 12 de Febrero de 1999 y Licencia de Funcionamiento No. 1330 del 22 de Abril de 1999, emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C. Actualización del Programa Acuerdo No. 164 del 18 de Marzo de 2010, emitido por la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud. Registro programa No. 15-096 del 20 de Agosto de 2010, emanada de la Secretaria de Educación de Bogotá, D.C. Acuerdo No. 00314 del 10 de Diciembre de 2015, Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud. Registro programa No. 15-021 del 17 de Junio de 2016, emanada de la Secretaría de Educación de Bogotá, D.C.

LA SUSCRITA DIRECTORA
DE LA FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y ACCIÓN
"FUSDESA"
NIT 800.051.419.-2

CERTIFICA

*Qué, **NAVARRETE ROJAS GABRIELA;** Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía Nº 1000 350 325 de Bogotá, se encuentra cursando **TERCER (III)** semestre correspondiente al programa académico de **TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR EN ENFERMERÍA.***

***FECHA DE INICIO:** Julio 27 de 2020*
***FECHA FINALIZACIÓN:** Noviembre 27 de 2020*
***HORARIO DE CLASES:** Lunes a Viernes de 8:00 a.m. a 01:00 p.m. Con una intensidad de veinticinco (25) horas semanales.*

Quien a la fecha se encuentra a paz y salvo en todo concepto financiero.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los seis (06) días del mes de Agosto de 2020.

NANCY GALINDO GÓMEZ
DIRECTORA

Consc. C.0608-2020
Elaboró: PAOLA GOMEZ
Aprobó: NANCY GALINDO