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	**Octubre de 2020**
Versión	**AGOSTO 2020 - 5,20**
ID de Proceso	**57385-314838**

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	$ 36.638.117	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**			**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 6.695.932	**9**	**Del**	**01/10/2020**	**Al** **31/10/2020**	**$ 3.790.150,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 2.905.782		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

	Octubre	Septiembre			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**8819929940**	Valor Base retención en la fuente	2.234.201,00	TARIFA
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	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL V	$ -	$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		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	$ -				
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 744.734		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		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 en las fichas asignadas desde la cordinacion:
qPROGRAMACION DE OBRA: 1913940 - 1913950. PROGRAMAR DIAGRAMAR EN GANNT Y PERT
NORMA ESPECIFICA I: ESTRUCTURA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION DE PROYECTOS FICHAS 1913940- 1913948 - 1913950 - 1913945
NORMA ESPECIFICA II 1880789 - 1837148 - 1837156 - 1880787 - 1882661 - 1889168 - 1834172 ESTRUCTURA DE PROYECTOS PROYECTO GENERAL URBAN
PROYECTO A LA COMUNIDAD

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 | Prestadora

Simple

Fecha creación reporte: 2020-10-05, 02:38:08 PM Tipo Planilla: PLANILLA INDEPENDIENTES

Periodo Cotización: septiembre de 2020 Periodo Servicio: septiembre de 2020 Referencia pago (PIN): 8819929940

Fecha límite de pago: 2020-10-19

GUARDADA 03/09/2020

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	YZ FARYDE ROJAS GUTIERREZ	Dirección	CL 19 SUR # 13 A - 23		
Documento	CC51906374	Teléfono	2727865		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Forma Presentación	UNICO	Total Afiliados	
Tipo Persona	NATURAL	Departamento	BOGOTA D.C.		
Ciudad	BOGOTA D.C.	Identificación			
Representante Legal					

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. SIVPLE 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	INT	Días IBC	Días Aporte	Aporte Obligatorio	IBC Pensión	Aporte Pensión Voluntario	Aporte Fondo Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Administradora	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Cajas	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Mi Educación	Total
1020...	[illegible]	1	0												$ 1.516.000	$ 0	$ 0	$ 1.516.000	$ 0	$ 0	$ 1.516.000	$ 0	$ 0	[illegible]	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

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 Mi. Educación	Incapacidades (Licencias, Saldos)	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE	TOTAL INTERESES	TOTAL FINAL
$ 1.516.000	$ 1.516.000	$ 1.516.000	$ 0	$ 242.600	$ 0	$ 0	$ 242.600	$ 84.200	$ 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 | Mayo | Junio | Julio | Agosto | Septiembre | Octubre | Noviembre | Diciembre

cial dentro de las fechas l
us administradoras.

00 - Cartagena: 694 54 44 - Pe
SIVPLE!

Proteger el medio ambie

COLSUBSIDIO
RESTREPO

DOCUMENTO SOPORTE

NOMBRE : PLANILLA SIMPLE RECAUDO
NIT : 900.097.333-9
CODIGO : 20596
REFERENCIA : 8819929940
PLANILLA : 1032933000
PERIODO : 2020/09
REFERENCIA 2: 8819929940

Código	Descripción	Cant	Valor
693927	RECAUDO PLA	1	440200
			440200

DOCUMENTO

201005000645812
CONSECUTIVO: 001

OCT 05, 20 14 45

05/Oct/2020 14:46 4800 05 0276 5227569
(COPIA CLIENTE)

COLSUBSIDIO
RESTREPO

AGENTE RETENEDOR DE IVA
NIT 860.007.336-1

Código	Descripción	Valor
V		
693927	RECAUDO PLANILLA S	440.200
	TOTAL --> $	440.200
	EFECTIVO	440.200
UMERO CUENTA		
ecibo: ARN:	Apro:	

TOTAL ART. VENDIDOS = 0

ATENDIDO POR: DAYAN CASTANEDA

NUMERO DE BOLSAS: 0
5/Oct/2020 14:46 4800 05 0276 5227569
COLSUBSIDIO
CON TODO LO QUE TE MERECES

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 22 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 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