

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:		NAJIA SUSANA SALAME CLAVIJO		C.C.		51.901.759		IP/N° de contacto		4614425	
Correo electrónico contratista:		najiasu@misena.edu.co									
Régimen del IVA:		NO RESPONSABLE		Pertenece al régimen simple de tributación?		NO		Es declarante de renta?		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 COLPATRIA		Tipo de cta		AHORROS		N° Cuenta		8152148020	
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:	1326012/2020	N° Compromiso SIIF		5720			
Valor Total del Contrato	\$ 40.049.251	N ° Pago 10	Periodo objeto de pago			Valor Bruto Pago \$ 3.790.150,00	
Saldo Anterior del Contrato	\$ 9.601.713		Del	01/10/2020	Al		31/10/2020
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	\$ 2.234.201	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0

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

	Octubre	Septiembre			
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	-----	9411043618	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 I	\$ 8.000	\$ 8.000	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

Orientar formación profesional integral 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.

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.

NAJIA SUSANA SALAME CLAVIJO
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí 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:

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 51901759		SALAME CLAVIJO NAJIA SUSANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 83BIS 23 51 APTO 106	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4614425	No
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Valor
2020-09	2020-09	11043618	9411043618	I	2020/10/15	2020/10/02	BANCO AV VILLAS	\$470,600
RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$242,600	\$0	\$0	\$242,600
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$242,600	\$0	\$0	\$242,600
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	\$189,600	\$0	\$0	\$189,600
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$189,600	\$0	\$0	\$189,600
TOTAL				1	\$470,600	\$0	\$0	\$470,600

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Bogotá, 18 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:

T.I.	JOEL AGUDELO SALAME	1025521910	HIJO
C.C.	JORGE ANDRES TRUJILLO SALAME	1018503421	HIJO

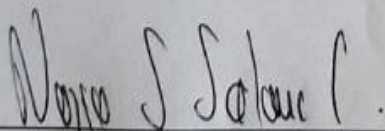
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad
- 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,



FIRMA

Nombre:

Najia Susana Salame Clavijo

C.C.

51.901.759

Matricula General

[illegible]

ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCION NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

1015521910

NUIP 1025-701910 /

**REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO**

Indicativo 35790756
Serial

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número 57 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código 1064

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA

Datos del inscrito

Primer Apellido AGUDELO Segundo Apellido SALAME

Nombre(s) JOEL

Fecha de nacimiento Año 2004 Mes 04 Día 07 Sexo (en letras) MASCULINO Grupo Sanguíneo "A" Factor RH NEGATIVO

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO DR. KARIN FRANCO GRUNTORADOVA R. 39695642 A 5469769

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos SALAME CLAVIJO NAJIA SUSANA

Documento de identificación (Clase y número) C.C.N.51.901.759.BOGOTA

Nacionalidad COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos AGUDELO ABELLA MARIO RENE

Documento de identificación (Clase y número) C.C.N.79.427.360.BOGOTA

Nacionalidad COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos AGUDELO ABELLA MARIO RENE

Documento de identificación (Clase y número) C.C.N.79.427.360.BOGOTA

Firma

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 2004 Mes ABR Día 28

Nombre y firma del funcionario que notifica EDILBERTO RODRIGUEZ CALDERON

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hizo

Nombre y firma



ESPACIO PARA NOTAS

LA SUSCRITA NOTARIA(57) DE BOGOTÁ HACE CONSTAR QUE EL NUMERO CORRECTO DEL NUIP ES 1025521910 ANTERIOR DE CONFORMIDAD A LA RESOLUCIÓN No. 3007 DEL 10 AGOSTO DE 2004 DE LA REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

09 NOV 2004

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO



NIT. 860.062.287-2

Cra 7 No. 9 - 96 Bogotá D.C.

Tel. 444 25 30

1025521810

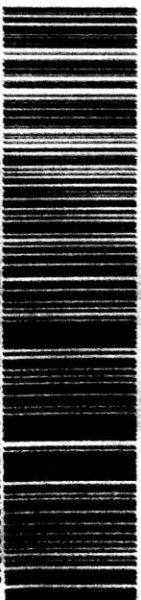
4593

AGUDELO SALAMI JOEL

<901>

RECEBIDO
Nº 2
Nº 1000
RECEBIDO

PUNTOS DE PAGO
BANCO DE BOGOTÁ CTA CTE 033380843



(415) 770-8880 46317 (8020) 102552 1910 (3800) 0124457 096120191210

CLIENTE: