SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL DISTRITO CAPITAL
CENTRO DE ELECTRICIDAD Y ELECTRONICA Y TELECOMUNICACION - BTA DC

Código Regional	**11**
Código Centro	**921010**
Fecha Elaboración	**Noviembre de 2020**
Versión	**AGOSTO 2020 - 5,20**
ID de Proceso	**41489-220810**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: PAOLA ANDREA BARRIOS GIL
Correo electrónico contratista: pabarrios37@misena.edu.co
C.C. 53.100.773 **IP/Nº de contacto** 3133731656

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 ?** NO

Banco al cual consignar: DAVIVIENDA **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 456870009069

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: 1883482/2020 **Nº Compromiso SIIF** 55620

Valor Total del Contrato	$ 7.359.480	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 4.661.004	**2**	**Del**	**01/11/2020**	**Al**	**30/11/2020**	**$ 3.679.740,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 981.264		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.679.740	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	**$ 3.679.740**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.169.125**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**		**$ 0**

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

	Noviembre	Octubre			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**1033638607**	Valor Base retención en la fuente	2.169.125,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.471.896	$ 1.079.390	Valor Base retención en la fuente ICA	3.260.140,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 184.000	$ 135.000	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 235.600	$ 172.800	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	$ 7.700	$ 5.700	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 8299	31.493,00	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	$ 367.974		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 569.712	$ -				
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 723.042		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	**$ 3.648.247,00**	

SON: TRES MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y SIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Competencias: Comprender textos en inglés de forma escrita y auditiva - Producir textos en inglés de forma escrita y auditiva.
Actividades realizadas: Diferentes ejercicios y actividades comunicativas para reforzar las 4 habilidades del idioma. Lograr que los aprendices produzcan y mejoren su oralidad y escritura. Impartir formación sobre: “Uso del Verbo Ser/Estar en Presente Simple; Descripción de gente, de lugares. Construcción de preguntas simples y de información con verbos diferentes al verbo ser/ estar en presente simple. Preparación y afianzamiento de conocimientos a través de simulacros para Pruebas Saber T & T a partir de 4 trimestre Desarrollo de la estrategia curricular para alcanzar los niveles de Pre A1.1 al B1.1. Fichas de formación: 1903592; 1903590 – 1901391; 1903588; 2057753; 2049893-2049895; 2057751; 2049877 – 2049882; 2057750; 2202915 - 2202917; horas de desarrollo de guías y planes de mejoramiento.

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.

PAOLA ANDREA BARRIOS GIL
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,

WILLIAM MAURICIO CORONADO MARTINEZ
CONTRATISTA

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

CLAUDIA JANET GOMEZ LARROTTA
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2020-11-07, 09:44:02 AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1033638607

Periodo Cotización 202010 **Periodo Servicio** 202010

Cliente:

PAGADA 2020-11-07 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	PAOLA ANDREA BARRIOS GIL				
Documento	CC 53100773	**Dirección**	CRA 78 B No 1 05 SUR		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3133731656		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 53100773		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00					BARRIOS GIL PAOLA ANDREA	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																					**Extranjero**	**Tipo salario**	**Salario**	**Pensión**							**Salud**						**Riesgos**					**Caja**				**Parafiscales**			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				**Código AFP**	**Código Tras. AFP**	**Tarifa AFP**	**IBC**	**Total Aporte AFP**	**Total Aporte FSP**	**Total Aporte FSPS**	**Código EPS**	**Código Tras. EPS**	**Tarifa EPS**	**IBC EPS**	**Aporte Salud**	**Aporte UPC**	**Código ARL**	**Clase Riesgo**	**Tarifa ARL**	**IBC ARL**	**Aporte Riesgos**	**Código CCF**	**Tarifa CCF**	**IBC CCF**	**Aporte Caja**	**Tarifa SENA**	**Aporte SENA**	**Tarifa ICBF**	**Aporte ICBF**
															0	30	30	30	0			$ 1.079.390	230201		16 %	$ 1.079.390	$ 172.800	$ 0	$ 0	EPS017		12,5 %	$ 1.079.390	$ 135.000	$ 0	14-23	1	0,522 %	$ 1.079.390	$ 5.700	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PROTECCION (ING + PROTECCION)	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	FAMISANAR EPS	POSITIVA DE SEGUROS	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 172.800	$ 0	$ 0	$ 135.000	$ 5.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 313.500

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Bogotá, 30 de noviembre de 2020

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (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.	**1141338100**	**WILHEM FERDINAND CASTELLANOS BARRIOS**	**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.

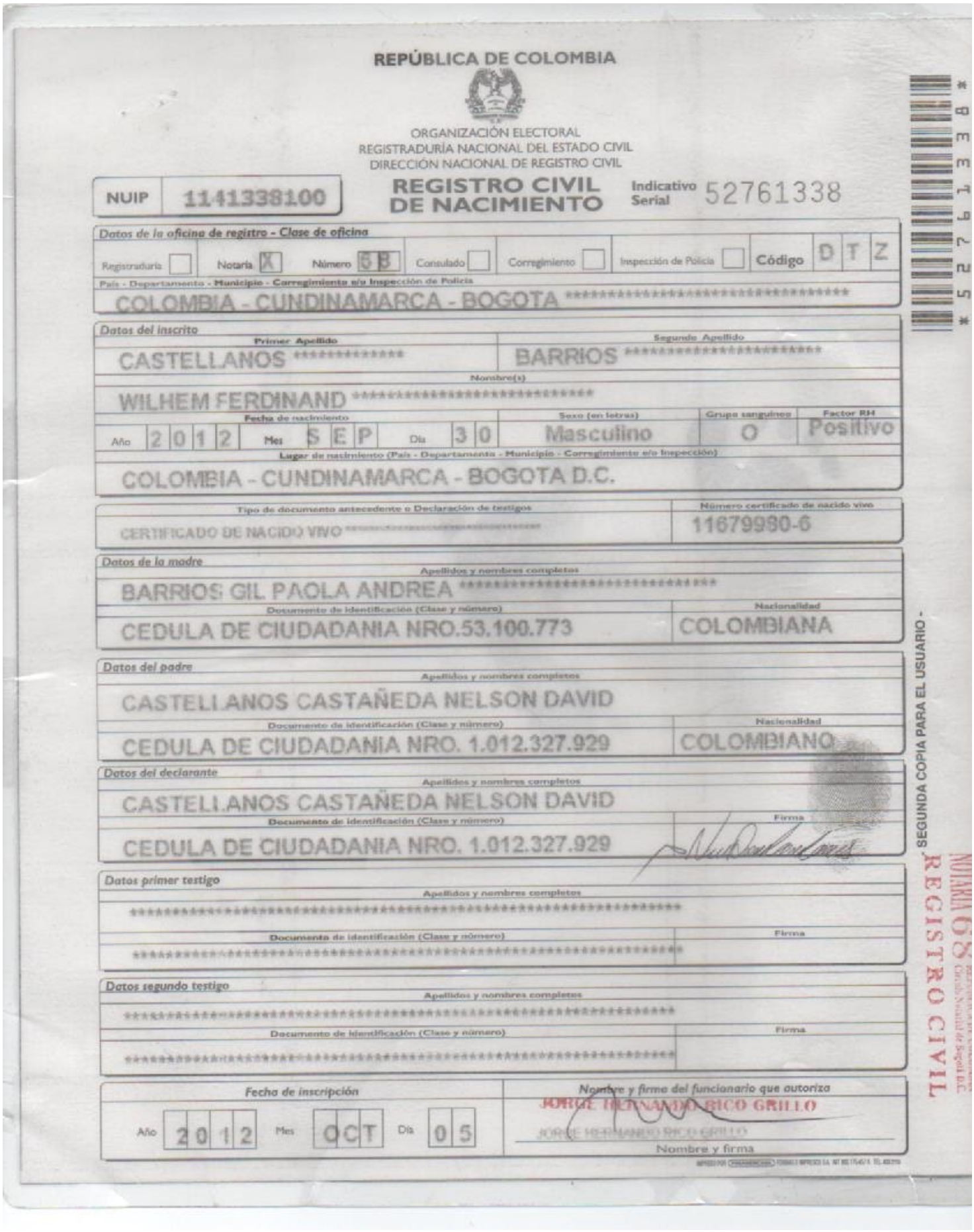
Cordialmente,



_____
FIRMA

Nombre: PAOLA ANDREA BARRIOS GIL

C.C. 53100773



REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1141338100

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 52761338

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 58 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código DTZ

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

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
CASTELLANOS	BARRIOS

Nombre(s): WILHEM FERDINAND

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2012 Mes SEP Día 30	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 DE NACIDO VIVO	11679980-6

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: BARRIOS GIL PAOLA ANDREA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA NRO.53.100.773	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: CASTELLANOS CASTAÑEDA NELSON DAVID

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA NRO. 1.012.327.929	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: CASTELLANOS CASTAÑEDA NELSON DAVID

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CEDULA DE CIUDADANIA NRO. 1.012.327.929	

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 2012 Mes OCT Día 05	JORGE HERNANDO RICO GRILLO Nombre y firma

SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO - REGISTRO CIVIL

NOTARIA 68 DEL CIRCULO DE BOGOTA D.C.

COMPROBANTE

NIT	Entidad Financiera	No. Transacción	No. Autorización/CUS	Fecha y Hora
8300035647	BANCO DAVIVIENDA	39131147	796092060	10/11/2020

Razón Social: **EPS FAMISANAR LTDA**

Usuario Pagador: **53100773 - Consulta de Transacciones**

Descripción del Pago: **CARTERA**

Dirección IP: **186.145.154.188**

Total Pagado **$98,039.00**

Resumen Medios de Pago

No. Transacción	No. Autorización/CUS	Entidad Financiera	Valor Pagado
	796092060 (Aprobada)	BANCO	$98,039.00

ecollect
Seguro para ti

NIT	Entidad Financiera	No. Transacción	No. Autorización/CUS	Fecha y Hora
8300035647	**BANCO DAVIVIENDA**	**39131147**	**796092060**	**10/11/2020**

Resumen Factura

Descripción	Referencia	Valor Pagado	Valor Original
Contrato F-70564-0001	3	$98,039.00	$98,039.00

ecollect
Seguro para ti