

 FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL DISTRITO CAPITAL CENTRO DE SERVICIOS FINANCIEROS- BTÁ D.C				Código Regional 11 Código Centro 940510 Fecha Elaboración Diciembre de 2020 Versión AGOSTO 2020 - 5,20 ID de Proceso 96771-211534	
DATOS DEL CONTRATISTA					
Nombres y apellidos contratista: JANNETH ANGELICA GIRALDO MENJURA Correo electrónico contratista: jagirald385@misena.edu.co		C.C. 53.009.583 IP/N° de contacto 14414			
Régimen del IVA: ☒ NO RESPONSABLE		Pertenece al régimen simple de tributación? ☒ NO		Es declarante de renta? ☒ SI	
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		N° Cuenta 24071288240	
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: 1683204/2020		N° Compromiso SIIF 64720			
Valor Total del Contrato \$ 19.456.103		N° Pago 6		Periodo objeto de pago	
Saldo Anterior del Contrato \$ 1.516.060		Del 01/12/2020		Al 16/12/2020	
Nuevo Saldo del Contrato \$ 0		Comisiones \$ 0,00		Valor Bruto Pago \$ 1.516.060,00	
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Ingresos por honorarios \$ 1.516.060		Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°		0,00%	
Ingresos por comisiones \$ 0		Retención en la Fuente del Periodo		\$ 0	
Ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ 0		Menos, Rete Fuente Otros Ingresos		\$ 0	
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO \$ 1.516.060		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 835.616					
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR					
		Diciembre		Noviembre	
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		9413476245		TARIFA	
Ingreso Base de Cotización - IBC \$ 877.803		\$ 0		Valor Base retención en la fuente 835.616,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud \$ 109.800		\$ 0		Valor Base retención en la fuente ICA 1.265.760,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión \$ 140.500		\$ 0		Valor base IVA 0,00	
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional \$ -		\$ 0		IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00 19%	
ARL \$ 4.600		\$ 0		Menos Retención en la Fuente 0,00 0,00%	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias \$ -		\$ 0		Menos Retención IVA 0,00 15%	
Aportes voluntarios a cuentas AFC \$ -		\$ 0		Reteica - 8299 12.227,00 0,966%	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.128.000 \$ -		\$ 0		Otras Retenciones 0,00 0,00%	
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.560.700 \$ -		\$ 0		Otras Retenciones 0,00 0,00%	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ -		\$ 0		Otras Retenciones 0,00 0,00%	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ -		\$ 0		Otras Retenciones 0,00 0,00%	
Aportes A.R.L. de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ -		\$ 0		Otras Retenciones 0,00 0,00%	
Dependientes hasta \$ 1.139.424 \$ 151.606		\$ 0		Descuentos de Libranza 0,00	
Salud hasta \$ 569.712 \$ -		\$ 0		Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00	
Renta Exenta 25% \$ 8.545.680 \$ 278.539		\$ 0		VALOR A PAGAR \$ 1.503.833,00	
Retención en la Fuente Contingente \$ -		\$ 0		\$ 0	
SON: UN MILLÓN QUINIENTOS TRES MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS M/CTE					
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
OBL1. Planear la nivelación de la ficha 2021043 (38 aprendices – 20 horas) IE La Estancia San Isidro Labrador. OBL5. Se aplicaron las estrategias de enseñanza, aprendizaje, seguimiento y evaluación en la ficha 2021043 (38 aprendices – 20 horas) OBL7. Evaluar los juicios pendientes de la ficha 2021043 (38 aprendices – 20 horas) IE La Estancia San Isidro Labrador. OBL15. Seguimiento de las estrategias a implementar en la etapa productiva de los aprendices de las fichas 2020111 (20 hrs). 2021103 (20 hrs). 2020053 (25 hrs). OBL17. Certificado en la norma : ORIENTAR FORMACION PRESENCIAL DE ACUERDO CON PROCEDIMIENTOS TECNICOS Y NORMATIVA OBL21. Entrega de anexos solicitados para el pago de Diciembre de 2020.					
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.				 JANNETH ANGELICA GIRALDO MENJURA 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 periodo 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, JOSE RICARDO PEREZ CAMARGO INSTRUCTOR	
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					
MIREYA PARRA PINTO SUBDIRECTOR DE CENTRO G02					

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 53009583		GIRALDO MENJURA JANNETH ANGELICA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	diagonal 48 sur # 53 - 63 apto 402	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5860181	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Período		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Valor
2020-11	2020-11	828737720	9413476245	I	2020/12/21	2020/12/14	BANCO CAJA SOCIAL	\$440,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																							
EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	
1	CC	53009583	GIRALDO JANNETH	230301	30	\$1,516,060	\$242,600	EPS005	30	\$1,516,060	\$189,600		0	\$0	\$0	14-23	30	\$1,516,060	\$8,000	0	\$0	\$0	
Total Afiliados(1)						\$1,516,060	\$242,600			\$1,516,060	\$189,600			\$0	\$0			\$1,516,060	\$8,000		\$0	\$0	

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	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	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	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$189,600	\$0	\$0	\$189,600	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$189,600	\$0	\$0	\$189,600	
TOTAL				1	\$440,200	\$0	\$0	\$440,200	

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Bogotá, 16 de diciembre de 2020

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIAJE (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.	1010966966	Josué Herrera Giraldo	HIJO
R.C.	1020002654	Gabriela Herrera Giraldo	HIJA

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: Janneth Angélica Giraldo Menjura

C.C. 53009583

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

NUIP

1020002654

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

51197714

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número **55** Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código **A 5 H**

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

COLOMBIA - BOGOTA D.C.

Datos del inscrito

Primer Apellido

HERRERA

Segundo Apellido

GIRALDO

Nombre(s)

GABRIELA

Fecha de nacimiento

Año **2015** Mes **MAR** Día **13**

Sexo (en letras)

FEMENINO

Grupo sanguíneo

O

Factor RH

POSITIVO

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

COLOMBIA - BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo

53117080-4

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

GIRALDO MENJURA JANNETH ANGELICA

Documento de identificación (Clase y número)

C.C.No. 53.009.583

Nacionalidad

COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

HERRERA SOLER DANIEL FERNANDO

Documento de identificación (Clase y número)

C.C.No. 79.852.195

Nacionalidad

COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

HERRERA SOLER DANIEL FERNANDO

Documento de identificación (Clase y número)

C.C.No. 79.852.195

Firma

[Firma manuscrita]

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 **2015** Mes **MAR** Día **24**

Nombre y firma del funcionario que autoriza

EDUARDO CASTRO PÉREZ

Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.010.966.966**
HERRERA GIRALDO

APELLIDOS

JOSUE

NOMBRES

Josue Herrera Giraldo

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **21-FEB-2011**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO
21-FEB-2029

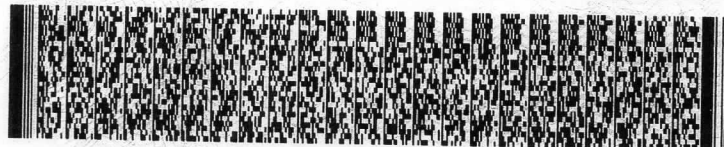
FECHA DE VENCIMIENTO
26-FEB-2018 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

A+ **M**

G S RH SEXO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



P-1500150-00983646-M-1010966966-20180303

0059739294A 1

1104848556