

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL DISTRITO CAPITAL CENTRO DE GESTION ADMINISTRATIVA-BTA D C - SERVICIOS PRESTADOS A L		Código Regional	11
			Código Centro	940410
			Fecha Elaboración	Noviembre de 2020
			Versión	AGOSTO 2020 - 5,20
			ID de Proceso	74092-280124
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista:		MARISOL SANDOVAL SANCHEZ		C.C.
Correo electrónico contratista:		msandoval5@misena.edu.co		IP/N° de contacto
Régimen del IVA:		NO RESPONSABLE		Pertenece al régimen simple de tributación?
				NO
Sus ingresos en el 2019 Superaron \$47.978.000		NO		Inducción SST
				SI
Banco al cual consignar:		DAVIVIENDA		Tipo de cta
				AHORROS
Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato?		NO		Presta Servicios Excluidos de IVA ?
				SI
Tiene contratos de prestación de servicios con otras Entidades Públicas:		N/A		Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2020 supera los \$ 117.503.000
				NO
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:	1326915/2020	N° Compromiso SIIF	3320	
Valor Total del Contrato	\$ 40.049.251	N° Pago	11	Periodo objeto de pago
Saldo Anterior del Contrato	\$ 5.811.563	Del	01/11/2020	Al
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 2.021.413	Comisiones	\$ 0,00	30/11/2020
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios	\$ 3.790.150	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	\$ 3.790.150	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 2.234.201			
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	Noviembre	Octubre	Valor Base retención en la fuente	2.234.201,00
Ingreso Base de Cotización - IBC	46547058		Valor Base retención en la fuente ICA	3.357.950,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 1.516.060	\$ 1.516.060	Valor base IVA	0,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 189.600	\$ 189.600	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ 242.600	\$ 242.600	Menos Retención en la Fuente	0,00
ARL	\$ -	\$ -	Menos Retención IVA	0,00
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ 8.000	\$ 8.000	Reteica - 8299	32.438,00
Aportes voluntarios a cuentas AFC	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.128.000	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Intereses Prestamo de Vivienda	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Aportes A.R.L. de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Dependientes hasta	\$ 1.139.424	\$ 379.015	Descuentos de Libranza	0,00
Salud hasta	\$ 569.712	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00
Renta Exenta 25%	\$ 8.545.680	\$ 744.734	VALOR A PAGAR	\$ 3.757.712,00
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	\$ -		
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 a los aprendices 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.				
MARISOL SANDOVAL SANCHEZ 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: EL ORDENADOR DEL PAGO				
WAINE ANTONY TRIANA ALBIS SUBDIRECTOR DE CENTRO G02				

Último ingreso exitoso: 2020-11-17 / 09:47:34 PM | Último ingreso fallido: 2020-05-28 / 01:03:25 PM

Datos Empleados Planillas Documentos Reportes Cesantías Pensiones Voluntarias Salir

Periodo Pensión: Noviembre 2020. Periodo Salud: Noviembre 2020.

Noviembre 17 de 2020 / 9:49 PM

[Inicio](#) > [Planillas](#) > **Resumen de pago**

Planillas / Resumen de pago

Información básica de la planilla

Empresa:	MARISOL SANDOVAL SANCHEZ	Nit:	52206145
Tipo planilla:	I	Periodo liquidación Pensiones	Octubre 2020
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	Periodo liquidación Salud:	Octubre 2020
Número de radicación:	46547058	Total a pagar:	\$440,200
Fecha de vencimiento:	12/11/2020	Total de empleados:	1
Fecha de pago:	09/11/2020	Número de administradoras:	3

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	Nit recaudo:	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	Medio de pago:	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCO DAVIVIENDA	Número de aprobación:	793452967
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Totales

Código	NIT	Administradoras	No. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total pagado
14-23	860011153	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1		\$0.00	\$8,000
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	1		\$0.00	\$242,600
EPS008	860066942	Compensar EPS	1		\$0.00	\$189,600
						\$440,200

*Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos

[»Ver planillas pagadas](#)

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

[Exportar reporte a Excel](#) [Exportar reporte a PDF](#)

Imprimir transacción

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Bogotá, 18 de noviembre 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.	1034397028	FABIAN SANDOVAL	MAURICIO IZAQUITA	HIJO
------	------------	-----------------	-------------------	------

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Elija un elemento.

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: MARISOL SANDOVAL SANCHEZ

C.C. 52.206.145



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

NUIP 1034397028

**REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO**

Indicativo Serial 37183470

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número 13 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código A Z C
País - Departamento - Municipio - Corregimiento s/o Inspección de Policía
COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTÁ D.C.

Datos del inscrito

Primer Apellido IZAQUITA Segundo Apellido SANDOVAL
Nombres(s) IZAQUITA SANDOVAL
FABIAN MAURICIO
Fecha de nacimiento Año 2004 Mes JUN Día 28 Sexo (en letras) MASCULINO Grupo Sanguíneo 0 Factor RH POSITIVO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento s/o Inspección)
COLOMBIA CUN DINAMARCA BOGOTÁ D.C.

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo

A 5777591

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos SANDOVAL SANCHEZ MARISOL
Documento de identificación (Clase y número) C.C.No.52.206.145 DE BOGOTÁ D.C. Nacionalidad COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos IZAQUITA HIGUERA DANIEL MAURICIO
Documento de identificación (Clase y número) C.C.No.79.369.290 DE BOGOTÁ D.E. Nacionalidad COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos IZAQUITA HIGUERA DANIEL MAURICIO
Documento de identificación (Clase y número) C.C.No.79.369.290 DE BOGOTÁ D.E. 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)

Fecha de inscripción

Año 2004 Mes JUN Día 29

Nombre y firma del funcionario que autoriza

ROBERTO MARTINEZ RUBIO
Nombre y firma

Reconocimiento paterno

DANIEL MAURICIO IZAQUITA HIGUERA
Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

ROBERTO MARTINEZ RUBIO
Nombre y firma

L.V.T 147 Fol. No 369

ESPACIO PARA NOTAS

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

