SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL TOLIMA
CENTRO AGROPECUARIO LA GRANJA-TOLIMA - SERVICIOS PRESTADOS A LA

Código Regional	**73**
Código Centro	**912310**
Fecha Elaboración	**Diciembre de 2020**
Versión	**AGOSTO 2020 - 5,20**
ID de Proceso	**64595-318938**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: ERIKA LIZETH GUTIERREZ ACOSTA
Correo electrónico contratista: elgutierrez022@misena.edu.co
C.C. 1.110.490.220 **IP/Nº de contacto** 84707

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 ?** SI

Banco al cual consignar: BANCO DE BOGOTA **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 309183051

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: 1367476/2020 **Nº Compromiso SIIF** 57020

Valor Total del Contrato	$ 27.667.668	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**			**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 3.656.520	**8**	**Del**	**01/12/2020**	**Al** 30/12/2020	**$ 3.656.520,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 0		Comisiones		$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.656.520		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	4,09%
Ingresos por comisiones	$ 0		Retencion en la Fuente del Periodo	$ 176.346
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 3.656.520			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 7.313.040**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 4.310.802**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 176.346**

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

	Diciembre	Noviembre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**9411912211**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.462.608	$ 1.462.608
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 182.900	$ 182.900
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 234.100	$ 234.100
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 7.700	$ 7.700
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.128.000	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.560.700	$ -	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 234.100	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 182.900	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 7.700	
Dependientes hasta $ 1.139.424	$ 731.304	
Salud hasta $ 569.712	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 1.436.934	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	4.310.802,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.239.520,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	176.346,00	4,09%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299	22.677,00	0,700%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$ 3.457.497,00**	

SON: TRES MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS NOVENTA Y SIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

En el mes de Diciembre del 2020 se desarrollaron las siguientes actividades:
Se impartió formación en el ambiente virtual de aprendizaje en las de formación con el ID 2246604, 2246607, 2246616
Semillas:(ADMINISTRACIÓN DOCUMENTAL EN EL ENTORNO LABORAL)
Fase de ejecución: Se respondieron las publicaciones de los aprendices en foros sociales, técnicos y temáticos. Se evaluaron juicios
Se programaron y realizaron sesiones sincrónicas de atención a los aprendices a través de la herramienta Meet
Cierre de formación y juicios evaluativos en sofia plus a las fichas con el ID 2246604, 2246607, 2246616
Semillas:(ADMINISTRACIÓN DOCUMENTAL EN EL ENTORNO LABORAL)
Todas las acciones descritas se llevaron a cabo, teniendo en cuenta los estándares para la orientación 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.

ERIKA LIZETH GUTIERREZ ACOSTA
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,

OSCAR ROLANDO CASTRO GUERRA
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

JAIRO ENRIQUE ROBAYO MORENO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1110490220		GUTIERREZ ACOSTA ERIKA LIZETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 51 Sur #143-05	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5159121	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-11	2020-11	792772375	9411912211	I	2020/12/04	2020/11/06	BANCO DE BOGOTA	0	$454,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	1110490220	GUTIERREZ ACOSTA ERIKA LIZETH																		230201	30	$1,463,000	$234,100	EPS005	30	$1,463,000	$182,900	CCF24	30	$1,463,000	$29,300	14-23	30	$1,463,000	$7,700	30	$0	$0	No	$454,000
Total	**Afiliados(1)**																						$1,463,000	$234,100			$1,463,000	$182,900			$1,463,000	$29,300			$1,463,000	$7,700		$0	$0		$454,000

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1110490220		GUTIERREZ ACOSTA ERIKA LIZETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 51 Sur #143-05	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5159121	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-11	2020-11	792772375	9411912211	I	2020/12/04	2020/11/06	BANCO DE BOGOTA	0	$454,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$234,100	$0	$0	$234,100
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$234,100	$0	$0	$234,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,700	$0	$0	$7,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$7,700	$0	$0	$7,700
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$29,300	$0	$0	$29,300
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$29,300	$0	$0	$29,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$182,900	$0	$0	$182,900
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$182,900	$0	$0	$182,900
TOTAL				1	$454,000	$0	$0	$454,000

SENA - CFP 739123
RADICACION RECIBIDA
No: 73-1-2020-004585
09/12/2020 03:09 pm

Espinal, 09 /12/2020

Señores
Grupo Administración de Salarios (para funcionarios de Digeneral)
Grupo de Apoyo Administrativo Mixto (para las Regionales)
Servicio Nacional de Aprendizaje SENA
Ciudad

Asunto: Solicitud deducible retención en fuente por dependientes

Estimados señores:

Con la presente solicito que de acuerdo con el Articulo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el Artículo 2º. Párrafo 3ro. del Decreto 099 del 2013, se tenga en cuenta como deducible de mis ingresos brutos provenientes de la relación laboral por el concepto de dependientes, los cuales relaciono a continuación:

Apellidos y Nombre	**Documento Identidad**	**Calidad del Dependiente** **1. Hijos menores 18 años.**
Juanita Ramirez Gutierrez	**1.197.469.247**	
Violetta Ramirez Gutierrez	**1.197.473.310**	

Certifico bajo la gravedad de juramento la información consignada en esta solicitud y me comprometo a enviar solicitud de revocación de aplicación del deducible por dependientes en el caso en que cesen las condiciones que dan origen a esta solicitud.

Cordialmente,

Erika Gutierrez

NOMBRE_DEL_TRABAJADOR
Documento de Identidad. 1.110´490.220

Anexo: Relación de documentos que anexa el trabajador.

- Registro civil de nacimiento __X__
- Certificado de estudios. ____
- Certificado contador público. ____
- Certificado medicina legal. ____

REPÚBLICA DE COLOMBIA 2831452

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

NUIP 1197469247

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 55077988

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [ ] Notaria [X] Número 07 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** E L M

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA-TOLIMA-IBAGUE

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
RAMIREZ	GUTIERREZ

Nombre(s): JUANITA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2015 Mes ENE Día 10	FEMENINO	A	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA-TOLIMA-IBAGUE

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	12968891-6

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: GUTIERREZ ACOSTA ERIKA LIZETH

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 1.110.490.220 de IBAGUE	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: RAMIREZ AMPUDIA CRISTIAN CAMILO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 1.110.466.074 de IBAGUE	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: GUTIERREZ ACOSTA ERIKA LIZETH

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
C.C. 1.110.490.220 de IBAGUE	Erika Gutierrez

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 2015 Mes ENE Día 14	Nombre y firma

Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
Cristian Camilo Ramirez A.	JOSE NESTOR VARGAS BARON
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS 43 DEL TOMO 20 DE FECHA 14-01-2015.

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1197473310

Indicativo Serial 58205549

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 07 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código E L M

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

COLOMBIA *** TOLIMA *** IBAGUE

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
RAMIREZ	GUTIERREZ

Nombre(s): VIOLETTA

Fecha de nacimiento: Año 2020 Mes MAR Día 19

Sexo (en letras): FEMENINO | Grupo sanguíneo: O | Factor RH: POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA ******* TOLIMA ******* IBAGUE

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo: 15628960-8

Datos de madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: GUTIERREZ ACOSTA ERIKA LIZETH

Documento de identificación (Clase y número): C.C. No. 1110490220 DE IBAGUE

Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos de padre o madre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: RAMIREZ AMPUDIA CRISTIAN CAMILO

Documento de identificación (Clase y número): C.C. No. 1110466074 DE IBAGUE

Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: RAMIREZ AMPUDIA CRISTIAN CAMILO

Documento de identificación (Clase y número): C.C. No. 1110466074 DE IBAGUE

Firma: x

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número):

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número):

Firma:

REPÚBLICA DE COLOMBIA NOTARIO HÉCTOR JULIO CRUZ CASALLAS NOTARÍA SÉPTIMA DE IBAGUÉ

Fecha de inscripción

Año 2020 Mes MAY Día 05

Nombre y firma del funcionario que autoriza: HECTOR JULIO CRUZ CASALLAS

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

CRISTIAN RAMIREZ AMPUDIA CRISTIAN CAMILO

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento: HECTOR JULIO CRUZ CASALLAS

Nombre y firma

REPÚBLICA DE COLOMBIA NOTARIO HÉCTOR JULIO CRUZ CASALLAS NOTARÍA SÉPTIMA DE IBAGUÉ

ESPACIO PARA NOTAS

V T 34 F 065

ESTA ES COPIA DE REGISTRO