SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL DISTRITO CAPITAL
CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD-BTA D C - SERVICI

Código Regional	**11**
Código Centro	**940310**
Fecha Elaboración	**Diciembre de 2020**
Versión	**AGOSTO 2020 - 5,20**
ID de Proceso	**17596-583206**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	ALBA YANETH RODRIGUEZ RODRIGUEZ	**C.C.**	46.373.262	**IP/Nº de contacto**	22696
Correo electrónico contratista:	ayrodriguez@sena.edu.co				

Régimen del IVA: NO RESPONSABLE **Pertenece al régimen simple de tributación?** NO **Es declarante de renta?** SI **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: BANCOLOMBIA **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 26223892263

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: 1411593/2020 **Nº Compromiso SIIF** **21720**

Valor Total del Contrato	$ 33.985.012	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 3.790.150	**9**	**Del**	**01/12/2020**	**Al**	**30/12/2020**	**$ 3.790.150,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 0		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°		4,55%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo		$ 202.243
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 3.790.150			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 7.580.300**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 4.447.103**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**		**$ 202.243**

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

		Diciembre	Noviembre			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**7772759168**	Valor Base retención en la fuente	4.447.103,00	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	202.243,00	4,55%
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		$ 258.600		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ 202.000		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ 8.500		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta $ 1.139.424		$ 758.030				
Salud hasta $ 569.712		$ -		Descuentos de Libranza	0,00	
Renta Exenta 25% $ 8.545.680		$ 1.482.368		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		$ -		**VALOR A PAGAR**	**$ 3.555.469,00**	

SON: TRES MILLONES QUINIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y NUEVE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Formación virtual, fichas: 2179472, 2179473, 2225682, 2225691
Atender requerimientos de empresas para la asignación de bolsas corporativas de centro.
Acompañamiento Instructores formación virtual y bilingüismo
Validación y solución a requerimientos requerimientos vía correo electrónico, desde coordinación académica, subdirección, coordinación
Proyección PQRS recibidas por subdirección de centro
Orientación, programación de requerimientos empresariales sobre cursos virtuales en la familia SALUD
Programación SAVA de formación virtual complementaria para los instructores del centro de formación
Sesiones meet con instructores formación virtual complementaria del centro.
Reunión: Comité Técnico; estrategias bilingüismo

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.

ALBA YANETH RODRIGUEZ RODRIGUEZ
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,

JAIRO ENRIQUE RIZO MEJIA
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

GERARDO ARTURO MEDINA ROSAS
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	46373262
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ALBA YANETH RODRIGUEZ RODRIGUEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	SOGAMOSO	DEPARTAMENTO:	BOYACA
DIRECCIÓN:	CALLE 2 BIS # 14 -51 INT1	TELÉFONO:	7721313
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			**7772759168**	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	noviembre	AÑO 2020	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	noviembre	AÑO 2020
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2020/12/07	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			823720321

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	1	$ 258.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 258.600	$ 0	$ 258.600
SUBTOTALES:										**$ 258.600**	**$ 0**	**$ 258.600**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 202.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 202.000	$ 0	$ 0	$ 202.000
SUBTOTALES:													**$ 202.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 202.000**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 8.500	$ 8.500	$ 0	$ 0	$ 8.500
SUBTOTALES:									**$ 8.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 8.500**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																								PARAFISCALES						
																												PENSIÓN								SALUD						ARP																	
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 46373262	RODRIGUEZ RODRIGUEZ ALBA YANETH	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.616.000				NO																		230201-PROTECCION	30	$ 1.616.000	$ 258.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 258.600	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.616.000	$ 202.000	$ 0	$ 202.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.616.000	46373262	$ 8.500	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 469.100**

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
ENTREGA DE BIENES E INFORMACIÓN DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL POR EL CONTRATISTA

LUGAR: **Bogotá D.C**
FECHA: **14/12/2020**
REGIONAL: **Distrito Capital**

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: ALB AYANETH RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ	**IDENTIFICACIÓN**
	C.C. No: 46373262
DIRECCIÓN U OFICINA DONDE SE EJECUTÓ EL CONTRATO: Carrera 6 # 45 52, Centro De Formación De Talento Humano En Salud	
NÚMERO Y FECHA DE CONTRATO: 1411593 de 2020	

CAUSAL DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO

LIQUIDACIÓN POR MUTUO ACUERDO		**CESIÓN**		**LIQUIDACIÓN ANTICIPADA POR MUTUO ACUERDO**		**TERMINACIÓN UNILATERAL**	

DEPENDENCIA SENA	**Marcar con x**	**RESPONSABLES**	
		NOMBRES	**FIRMA**
GESTIÓN DE TIC	X	**Carlos Andres Valencia Blanco**	Imagen de firma escaneada el 16 de dic. de 2020.
ADMINISTRACIÓN DE DOCUMENTOS		**Claudia Lopez Garzon** (Solo para administrativos)	Escriba el texto aquí
ENTREGA CARNÉ (A Supervisor del Contrato en las Regionales y Centros de Formación) SECRETARÍA GENERAL	X	**Jairo Enrique Rizo Mejía**	
ALMACÉN E INVENTARIOS	X	**Maria Isabel Rocha Bobadilla**	
SERVICIOS GENERALES, ADQUISICIONES (Administración de edificio; Contratación)	X	**Aldemar Montaño Ochoa**	
CONTABILIDAD			
TESORERIA			
COORDINACIÓN DE: ÁREA/GRUPO/ ACADEMICA	X	**Jairo Enrique Rizo Mejía**	
BIBLIOTECA	X	**Rosa Tulia Molano Delgado o Leonor Jimenez Cuellar**	
AULA DE SIMULACION	X	**Edinson Eljaude Castilla o Catherine Bejarano Sanabria**	
OTRO			
SUPERVISOR DE CONTRATO		**Jairo Enrique Rizo Mejía**	

ELEMENTOS FALTANTES U OBLIGACIONES PENDIENTES (Relacionar con su respectivo valor)

OTROS : N/A

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Bogotá, 17 de DICIEMBRE 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.	**1002460250**	**DANIELAVALENTINA RODRÍGUEZ**	**HIJO**

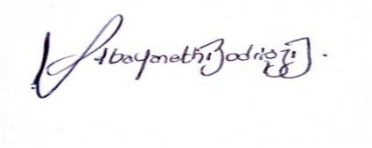
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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: ALBA YANETH RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

C.C. 46363262 de Sogamoso

REPÚBLICA DE COLOMBIA RC 03041002912

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

1.002.460.250

NUIP DXX0302912

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 34360319

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

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

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
REGISTRADURIA DE DUITAMA COLOMBIA BOYACA DUITAMA**********

Datos del inscrito

Primer Apellido: RODRIGUEZ**********
Segundo Apellido: RODRIGUEZ**********
Nombre(s): DANIELA VALENTINA**********
Fecha de nacimiento: Año 2003 Mes ABR Día 10
Sexo (en letras): FEMENINO********
Grupo sanguíneo: A*******
Factor RH: +********
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA BOYACA DUITAMA**********

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO**********
Número certificado de nacido vivo: A4956033**********

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: RODRIGUEZ RODRIGUEZ ALBA YANETH**********
Documento de Identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA 0046373262**********
Nacionalidad: COLOMBIA**********

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: RODRIGUEZ LEMUS FABIO ENRIQUE**********
Documento de Identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA 0009396061**********
Nacionalidad: COLOMBIA**********

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: RODRIGUEZ LEMUS FABIO ENRIQUE**********
Documento de Identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA 0009396061**********
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 2003 Mes MAY Día 08

Nombre y firma del funcionario que autoriza
BENJAMIN PEDROZA ARIAS**********
Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

IMPRESO POR COMPARTIDERECHO FOTOLIBRE E IMPRESOS S.A. NIT 800.175.457-5

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

REPUBLICA DE COLOMBIA
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
Es fiel Fotocopia tomada de su original que reposa en los Archivos de esta Oficina