

 <p>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</p>	DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES)		Código Regional	11
	REGIONAL DISTRITO CAPITAL		Código Centro	940410
	CENTRO DE GESTION ADMINISTRATIVA-BTA D C - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION		Fecha Elaboración	Mayo de 2021
	Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Versión	ENERO 2021 - 1,21
	Resolución DIAN N° 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)		ID de Proceso	29737-371441
			No. de documento	93367

DATOS DEL CONTRATISTA			
Nombres y apellidos contratista:	MARLON YAIR MOSQUERA BALANTA	C.C.	16.509.639
Correo electrónico contratista:	mymosquerab@sena.edu.co	IP/N° de contacto	3015471014
Régimen del IVA:	☐ NO RESPONSABLE	Pertenece al régimen simple de tributación?	☐ NO
		Es declarante de renta?	☐ NO
		Es Pensionado?	☐ NO
Sus ingresos en el 2020 Superaron \$49'849.000	☐ NO	Inducción SST	☐ SI
		Presta Servicios Excluidos de IVA ?	☐ SI
Banco al cual consignar:	BANCO SUDAMERIS COLOMBIA	Tipo de cta	AHORROS
		N° Cuenta	90810878780
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 2021 supera los \$ 119'806.000	☐ NO

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO			
N° del contrato:	2224096/2021	N° Compromiso SIIF	24721
Valor Total del Contrato	\$ 39.000.000	N ° Pago	4
Saldo Anterior del Contrato	\$ 27.690.000	Periodo objeto de pago	Del 01/05/2021 Al 31/05/2021
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 23.790.000	Comisiones	\$ 0,00
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL, PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, MEDIANTE LA MODALIDAD DE PERIODOS FIJOS DE INSTRUCTORES, PARA LA EJECUCIÓN DE ACCIONES DE FORMACIÓN TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA, PRESENCIAL Y VIRTUAL, EN LAS ÁREAS DE GESTIÓN DEL TALENTO	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Ingresos por honorarios	\$ 3.900.000	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		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 3.900.000	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 2.299.050	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR			
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	Mayo	Abril	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.560.000	\$ 1.560.000	Valor Base retención en la fuente 2.299.050,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 195.000	\$ 195.000	Valor Base retención en la fuente ICA 3.455.400,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 249.600	\$ 249.600	Valor base IVA 0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00
ARL	\$ 8.200	\$ 8.200	Menos Retención en la Fuente 0,00
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -		Menos Retencion IVA 0,00
Aportes voluntarios a cuentas AFC	\$ -		Reteica - 8299 33.379,00
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.522.064	\$ -		0,966%
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.630.800	\$ -		Otras Retenciones 0,00
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		0,000%
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	\$ -		0,000%
Dependientes hasta \$ 1.161.856	\$ 390.000		Otras Retenciones 0,00
Salud hasta \$ 580.928	\$ -		0,000%
Renta Exenta 25% \$ 8.713.920	\$ 766.350		0,000%
Retención en la Fuente Contingente	\$ -		0,000%
			Descuentos de Libranza 0,00
			Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00
			VALOR A PAGAR \$ 3.866.621,00

SON: TRES MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS VEINTIUNO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO	
<p>Orientar Formación Profesional Integral a los aprendices según programación de fichas.</p> <p>Acompañamiento a los aprendices en el desarrollo de procesos formativos y/o productivos.</p> <p>Actualizar contenidos y tecnologías en las diversas competencias del programa de formación.</p> <p>Elaboración y entrega de formatos y documentos requeridos en el proceso académico administrativo.</p>	

<p>PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:</p> <p>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.</p>	<p>MARLON YAIR MOSQUERA BALANTA EL CONTRATISTA</p>
---	---

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO	
<p>En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:</p> <p>1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;</p> <p>2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;</p> <p>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.</p>	<p>Autorizo el presente pago. El Supervisor,</p> <p>ROBERTO MARTINEZ CASTRO INSTRUCTOR</p>

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

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	16509639
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MARLON YAIR MOSQUERA BALANTA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTÁ DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTÁ - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CL 69A 96 75	TELÉFONO:	4743945
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades profesionales, científicas y té
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	7785558404	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES		
PERÍODO COTIZACIÓN OTROS	MES	PERÍODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	2021	
DÍAS DE MORA:	abril AÑO		abril AÑO	2021	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2021/05/06	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	981321031		

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
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 249.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 249.600	\$ 0	\$ 249.600
SUBTOTALES:										\$ 249.600	\$ 0	\$ 249.600

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	
EPS016	EPS016-COOMEVA S.A.	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 195.000		\$ 0		\$ 0	\$ 195.000	\$ 0	\$ 0	\$ 195.000
SUBTOTALES:													\$ 195.000	\$ 0	\$ 0	\$ 195.000	

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	\$ 8.200	\$ 8.200	\$ 0	\$ 0	\$ 8.200
SUBTOTALES:									\$ 8.200	\$ 0	\$ 0	\$ 8.200

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																				
DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES										SEGURIDAD SOCIAL										PARAFISCALES																						
Nº	IDENTIFICA CIÓN	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	PENSIÓN				SEGURIDAD SOCIAL				SALUD				ARP				IBC	CCF					IBCF	ESAP	MINEDU		
																										ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE		ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE				ADMIN	TOTAL APORTE
1	CC 16509639	MOSQUERA BALANTA MARLON YAIR	INDEPENDIE NTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		\$ 1.560.000			NO																		25-14 COLPENSI ONES	30	\$ 1.560.000	\$ 249.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 249.600	EPS016- COOMEVA S.A.	30	\$ 1.560.000	\$ 195.000	\$ 0	\$ 195.000	14-23- POSITIVA COMPAÑI A DE SEGUROS S.A.	30	\$ 1.560.000	\$ 16509639	\$ 8.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL	\$ 452.800
--------------	-------------------

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Bogotá, D.C.

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIAJE (SENA)

Ciudad Bogotá

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.	1028720918	SEBASTIAN MOSQUESTA ESTACIO	HIJO
REGISTRO CIVIL	1028728672	ELENA MOSQUERA ESTACIO	HIJA

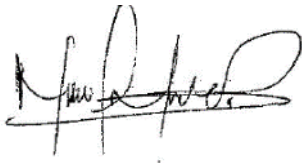
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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

Marlon Yair Mosquera Balanta

C.C. 16.509.639 de Buenaventura

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.028.720.918

MOSQUERA ESTACIO

APELLIDOS

SEBASTIAN

NOMBRES

Sebastian

FIRMA




INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **27-AGO-2010**
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
27-AGO-2028
FECHA DE VENCIMIENTO
10-OCT-2017 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

O+ **M**
G S RH SEXO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS SALGADO VAQUA



P-1500150-00972044-M-1028720918-20180124 0059255942A 1 1634655392



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL



NUIP 1028728672

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 58648815

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina															
Registraduría	☒	Notaria	☐	Número	☐	Consulado	☐	Corregimiento	☐	Inspección de Policía	☐	Código	A	C	I
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía															
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. HOSPITAL INFANTIL UNIVERSITARIO DE															

Datos del inscrito																	
Primer Apellido								Segundo Apellido									
MOSQUERA								ESTACIO									
Nombre(s)																	
ELENA																	
Fecha de nacimiento																	
Año	2	0	1	8	Mes	S	E	P	Día	2	9	Sexo (en letras)	FEMENINO	Grupo sanguíneo	O	Factor RH	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 MEDICO O DE NACIDO VIVO																15008832-4			

Datos de la 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																			
ESTACIO MORENO INDIRA																			
Documento de Identificación (Clase y número)																Nacionalidad			
CC No. 31586903																COLOMBIA			

Datos de la 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 segundo apellido del inscrito)																			
Apellidos y nombres completos																			
MOSQUERA BALANTA MARLON YAIR																			
Documento de Identificación (Clase y número)																Nacionalidad			
CC No. 16509639																COLOMBIA			

Datos del declarante																			
Apellidos y nombres completos																			
MOSQUERA BALANTA MARLON YAIR																			
Documento de Identificación (Clase y número)																Firma			
CC No. 16509639																			

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	2	0	1	8	Mes	O	C	T	Día	0	2	JOSE HERNANDO LEON BERNAL							
																Nombre y firma			

Reconocimiento paterno																Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento			
Firma																Nombre y firma			

ESPACIO PARA NOTAS															

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

