

 <p>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</p>	<p align="center">DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES)</p> <p align="center">REGIONAL DISTRITO CAPITAL</p> <p align="center">CENTRO DE GESTION ADMINISTRATIVA-BTA D C - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION</p> <p>Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1</p> <p align="center">Resolución DIAN N° 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)</p>		<p>Código Regional</p>	<p>11</p>
			<p>Código Centro</p>	<p>940410</p>
			<p>Fecha Elaboración</p>	<p>Mayo de 2021</p>
			<p>Versión</p>	<p>ENERO 2021 - 1,21</p>
			<p>ID de Proceso</p>	<p>09232-544068</p>
		<p>No. de documento</p>	<p>92817</p>	

DATOS DEL CONTRATISTA			
Nombres y apellidos contratista: NOHORA CECILIA PAVAJEAU DIAZ Correo electrónico contratista: npavajeau@sena.edu.co	C.C. 51.982.310	IP/N° de contacto 3167874674	
Régimen del IVA: ☐ NO RESPONSABLE	Pertenece al régimen simple de tributación? ☐ NO	Es declarante de renta? ☐ SI	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: BANCOLOMBIA	Tipo de cta AHORROS	N° Cuenta 17416588511	
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: 2210612/2021	N° Compromiso SIIF 12821		
Valor Total del Contrato \$ 41.080.000	N ° Pago 4	Periodo objeto de pago Del 01/05/2021 Al 31/05/2021	Valor Bruto Pago \$ 3.900.000,00
Saldo Anterior del Contrato \$ 29.510.000		Comisiones \$ 0,00	
Nuevo Saldo del Contrato \$ 25.610.000			

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 Ingresos por comisiones Ingresos de otros meses cobrados en el mes TOTAL INGRESOS DEL PERIODO BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 3.900.000 \$ 0 \$ 0 \$ 3.900.000 \$ 2.073.240	Tarifa de Retención en la Fuente ART 383° Retención en la Fuente del Periodo Menos, ReteFuente Otros Ingresos TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	0,00% \$ 0 \$ 0 \$ 0

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR					
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS Ingreso Base de Cotización - IBC Aporte obligatorio a seguridad social salud Aporte obligatorio a seguridad social Pensión Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional ARL Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias Aportes voluntarios a cuentas AFC Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.522.064 Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.630.800 Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes Dependientes hasta \$ 1.161.856 Salud hasta \$ 580.928 Renta Exenta 25% \$ 8.713.920 Retención en la Fuente Contingente	Mayo ----- \$ 1.560.000 \$ 195.000 \$ 249.600 \$ - \$ 8.200 \$ - \$ - \$ - \$ - \$ - \$ - \$ - \$ - \$ 1.161.856 \$ 580.928 \$ 8.713.920 \$ -	Abril 9418790229 \$ 1.560.000 \$ 195.000 \$ 249.600 \$ 0 \$ 8.200 \$ - \$ - \$ - \$ - \$ - \$ - \$ - \$ - \$ 390.000 \$ 397.251 \$ 667.037 \$ -	Valor Base retención en la fuente Valor Base retención en la fuente ICA Valor base IVA IVA (Si es RESPONSABLE) Menos Retención en la Fuente Menos Retencion IVA Reteica - 8299 Otras Retenciones Otras Retenciones Otras Retenciones Otras Retenciones Descuentos de Libranza Descuentos de embargo (Si tiene) VALOR A PAGAR	2.073.240,00 3.455.400,00 0,00 0,00 0,00 0,00 33.379,00 - - - 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 \$ 3.866.621,00	TARIFA 19% 0,00% 15% 0,966% 0,000% 0,000% 0,000% 0,000%

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

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO	
Orientar formacion 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 formacion Elaboración y entrega de formatos y documentos requeridos en el proceso académico administrativo	

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.	NOHORA CECILIA PAVAJEAU DIAZ 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, ADRIANA PATRICIA BALEN SUAREZ INSTRUCTOR G11

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								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 51982310		PAVAJEAU DIAZ NOHORA CECILIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	kr 16 34 48	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2880472	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2021-04	2021-04	971794111		9418790229	I	2021/05/05	2021/04/29	BANCOLOMBIA	\$440,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,516,060	\$242,600			\$1,516,060	\$189,600			\$0	\$0			\$1,516,060	\$8,000		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,516,060	\$242,600			\$1,516,060	\$189,600			\$0	\$0			\$1,516,060	\$8,000		\$0	\$0	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$1,516,060	\$242,600			\$1,516,060	\$189,600			\$0	\$0			\$1,516,060	\$8,000		\$0	\$0	
1	CC	51982310	PAVAJEAU NOHORA	231001	30	\$1,516,060	\$242,600	EPS008	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	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 51982310		PAVAJEAU DIAZ NOHORA CECILIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	kr 16 34 48	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2880472	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2021-04	2021-04	971794111		9418790229	I	2021/05/05	2021/04/29	BANCOLOMBIA	\$440,200

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	
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	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	
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$189,600	\$0	\$0	\$189,600	
TOTAL				1	\$440,200	\$0	\$0	\$440,200	

NUIP 1.032.938.532

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 39234058

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría ☒	Número 48	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código A Y F
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía						
COLOMBIA* CUNDINAMARCA* BOGOTA D.C. * * * * *						

Datos del inscrito

Primer Apellido		Segundo Apellido	
* * * * * GONZALEZ * *		* * * * * PAVAJEAU * * * * *	
Nombre(s)			
* * * * * DIEGO ANDRES * * * * *			
Fecha de nacimiento		Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo
Año 2005	Mes JUL Día 04	MASCULINO * * * *	* * * * A
Factor RH		(+) *****	
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)			
COLOMBIA* CUNDINAMARCA* BOGOTA D.C. * * * * *			

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO CLINICA DE LA MUJER * * * * *	A5419581 * * *

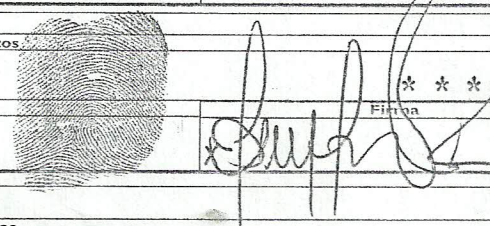
Datos de la madre

Apellidos y nombres completos	
PAVAJEAU DIAZ NOHORA CECILIA * * * * *	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.# 51.982.310 DE BOGOTA * * * * *	* * * * COLOMBIANA * * *

Datos del padre

Apellidos y nombres completos	
GONZALEZ HENAO DIEGO FERNANDO * * * * *	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.# 79.684.569 DE SANTAFE DE BOGOTA * * * * *	* * * * COLOMBIANA * * *

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos	
GONZALEZ HENAO DIEGO FERNANDO *****	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C.# 79.684.569 DE SANTAFE DE BOGOTA*****	

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 suscribe
Año 2005 Mes JUL Día 06	MIGUEL ANGEL DIAZ TÉLLEZ.

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

ES FIEL COPIA TOMADA DE SU ORIGINAL QUE REPOSA EN EL ARCHIVO DE ESTA NOTARIA Y SE EXPIDE CON DESTINO AL INTERESADO PARA ACREDITAR PARENTESCO.

17 JUL 2018

MIGUEL ANGEL DIAZ TÉLLEZ
Notario cuarenta y ocho (48)

ESTE REGISTRO CIVIL NO
TIENE TERMINO DE VIGENCIA
ART. 21 DE LA LEY 962 DE 200

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Bogotá, 01 de febrero de 2021

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.	1032938532	Diego Andrés González Pavajeau	HIJO
------	------------	--------------------------------	------

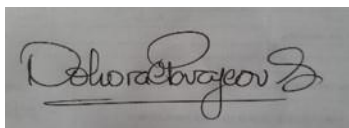
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad
- Padre o hermano que se encuentra en situación de dependencia, por ingresos en el año menores a 260 UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.

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: Nohora Ceilia Pavajeau Diaz

C.C. 51982310



**PAZ Y SALVO DE CARTERA
MEDPLUS MEDICINA PREPAGADA
Nit. 900.178.724-3**

CERTIFICA:

Que el señor(a) **NOHORA CECILIA PAVAJEAU DIAZ** identificado(a) con **CC. No. 51982310**, se encuentra a Paz y Salvo, por concepto de pagos efectuados al contrato **No. 110181**, el cual se encuentra **Activo** a partir de **2020-07-25**.

Este Paz y Salvo se expide el **2021-02-16**, a solicitud del interesado(a).

Cordialmente,

MARCELA LEMUS REYES
GERENTE INTEGRACIÓN CON EL CLIENTE

Código de verificación de la autenticidad de este documento: **208le339** .

Link: [/208le339](#)



Estado de Cuenta



PAGA TU FACTURA AQUÍ

Pagos



DESCARGA TU FACTURA

Factura



AUTORIZAR NOTIFICACIÓN EMISIÓN FACTURA

Autorizar

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

Señor(a)

NOHORA CECILIA PAVAJEAU DIAZ

Dirección

CR 16 # 34 -48 AP 403 EFID EL

Teléfono

2880472

Ciudad

BOGOTA D.C.

INFORMACIÓN DEL CONTRATO**No. Contrato**

110181

Plan

S - CEREZA EXCELSO PLUS

Tipo Contrato (1)

Familia en Alianza

Forma de Pago

Anual

Vigencia desde

25/07/2020

Vigencia hasta

24/07/2021

USUARIOS

Beneficiario	Tipo Identificación	Identificación	Estado	Eps
NOHORA CECILIA PAVAJEAU DIAZ	CEDULA DE CIUDADANIA	51982310	ACTIVO	COMPENSAR EPS

Beneficiario	Tipo Identificación	Identificación	Estado	Eps
DIEGO ANDRES GONZALEZ PAVAJEAU	TARJETA IDENTIDAD	1032938532	ACTIVO	COMPENSAR EPS

CUOTAS

Valor Cuota Plena:	\$ 5,845,200.00
Valor Cuota AMD:	\$ 0.00
Descuento Comercial:	\$ 958,800.00
Otros Descuentos (3)	\$ 0.00
Mas IVA 5%	\$ 244,320.00
Descuento Pronto Pago (4)	\$ 195,456.00
Valor Cuota	\$ 4,935,264.00
Fecha Próximo Pago	Jul 25 2021
TOTAL A PAGAR (2)	0.00

(1) Si el tipo de contrato corresponde a un Colectivo, el cobro se hará a través de cuenta de cobro directamente a la empresa.

(2) Este valor puede presentar diferencias con relación a la cuota estimada dependiendo de las novedades y recaudos que presente su contrato durante el periodo. ("Datos sujetos a verificación")

- (3)** El descuento podrá operar siempre y cuando el usuario se encuentre al día en su cuota de medicina prepagada y a la vez en estado activo en la EPS con la que MedPlus tenga un convenio vigente.
- (4)** El valor del descuento pronto pago a aplicar esta sujeto a pago oportuno de la factura

MedPlus MP - Oficina Virtual Usuarios



Estado de Cuenta



PAGA TU FACTURA AQUÍ

Pagos



DESCARGA TU FACTURA

Factura



AUTORIZAR NOTIFICACIÓN EMISIÓN FACTURA

Autorizar

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

Señor(a)

NOHORA CECILIA PAVAJEAU DIAZ

Dirección

CR 16 # 34 -48 AP 403 EFID EL

Teléfono

2880472

Ciudad

BOGOTA D.C.

INFORMACIÓN DEL CONTRATO**No. Contrato**

110181

Plan

S - CEREZA EXCELSO PLUS

Tipo Contrato (1)

Familia en Alianza

Forma de Pago

Anual

Vigencia desde

25/07/2019

Vigencia hasta

24/07/2020

USUARIOS

Beneficiario	Tipo Identificación	Identificación	Estado	Eps
NOHORA CECILIA PAVAJEAU DIAZ	CEDULA DE CIUDADANIA	51982310	ACTIVO	COMPENSAR EPS

Beneficiario	Tipo Identificación	Identificación	Estado	Eps
DIEGO ANDRES GONZALEZ PAVAJEAU	TARJETA IDENTIDAD	1032938532	ACTIVO	COMPENSAR EPS

CUOTAS

Valor Cuota Plena:	\$ 5,556,000.00
Valor Cuota AMD:	\$ 0.00
Descuento Comercial:	\$ 910,800.00
Otros Descuentos (3)	\$ 0.00
Mas IVA 5%	\$ 232,260.00
Descuento Pronto Pago	\$ 278,712.00
Valor Cuota	\$ 4,598,748.00
Saldo a Favor	\$ 0.00
Fecha Próximo Pago	Jul 25 2020
TOTAL A PAGAR (2)	0.00

(1) Si el tipo de contrato corresponde a un Colectivo, el cobro se hará a traves de cuenta de cobro directamente a la empresa.

(2) Este valor puede presentar diferencias con relacion a la cuota estimada dependiendo de las novedades y recaudos que presente su contrato durante el periodo . ("Datos sujetos a verificación")

(3) El descuento podrá operar siempre y cuando el usuario se encuentre al día en su cuota de medicina prepagada y a la vez en estado activo en la EPS con la que MedPlus tenga un convenio vigente.

MedPlus MP - Oficina Virtual Usuarios