SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES)
REGIONAL GUAVIARE
CENTRO DE DESARROLLO AGROINDUSTR, TURISTICO Y TECNOLOG DEL GUAVIARE- SERVCIOS PRE
Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1
Resoluciòn DIAN Nº 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)

Código Regional	95
Código Centro	953310
Fecha Elaboración	Mayo de 2021
Versión	ENERO 2021 - 1,21
ID de Proceso	03514-974082
No. de documento	98744

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	MARISOL CASTELLANOS DURANGO	**C.C.**	41.937.153	**IP/Nº de contacto**	83521
Correo electrónico contratista:	mcastellanosd@sena.edu.co				

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: BANCOLOMBIA **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 82870734863

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

Nº del contrato: 2220078/2021 **Nº Compromiso SIIF** 9021

Valor Total del Contrato	$ 33.519.346	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**			**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 24.494.907	4	**Del**	**01/05/2021**	**Al** 31/05/2021	**$ 3.223.014,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 21.271.893		Comisiones		$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INS-TRUCTOR, PARA ORIENTAR PROCESOS DE FORMACIÓN EN EL ÁREA DE LA SALUD, QUE IMPARTE EL CDATTG, EN EL DEPARTAMENTO DEL GUAVIARE Y SUR DEL META. SEGÚN RADICADO N. 9-2021-000294.

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.223.014	Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 3.223.014**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.899.910**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Mayo	Abril			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	9419107452	Valor Base retención en la fuente	1.899.910,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.289.206	$ 1.289.206	Valor Base retención en la fuente ICA	2.855.514,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 161.200	$ 161.200	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 206.300	$ 206.300	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL III	$ 31.500	$ 31.500	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 8299	0,00	0,000%
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -		-	0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.522.064	$ -		-	0,00	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.630.800	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta $ 1.161.856	$ 322.301				
Salud hasta $ 580.928	$ -		Descuentos de Libranza	0,00	
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 633.303		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		**VALOR A PAGAR**	**$ 3.223.014,00**	

SON: TRES MILLONES DOSCIENTOS VEINTITRES MIL CATORCE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL TÉCNICO EN ENFERMERIA FICHA: 2051954
FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL TÉCNICO EN SERVICIOS FARMACÉUTICOS FICHA: 1963150
FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL TÉCNOLOGO GESTION SEGURIDAD Y SALUD FICHA: 2236418
COMPLEMENTARIO ADMINISTRAR MEDICAMENTOS VIA INTRAMUSCULAR FICHA: 2321512
SEGUIMIENTO A ETAPA PRODUCTIVA FICHA: 1883252
SEGUIMIENTO A ETAPA PRODUCTIVA FICHA: 1963150

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 Castellanos D.

MARISOL CASTELLANOS DURANGO
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,

EDGAR AUGUSTO BRAGA SILVA
PROFESIONAL G02

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

LUZ PIEDAD ECHEVERRY QUICENO
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 41937153		CASTELLANOS DURANGO MARISOL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 24 962	SAN JOSE DEL GUAVIARE-GUAVIARE	1111111	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-05	2021-05	979663291	9419107452	I	2021/06/15	2021/05/05	BANCOLOMBIA	0	$399,000

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	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	41937153	CASTELLANOS MARISOL																		230301	30	$1,289,200	$206,300	EPS037	30	$1,289,200	$161,200		0	$0	$0	14-23	30	$1,289,200	$31,500	0	$0	$0	No	$399,000
Total	**Afiliados(1)**																						$1,289,200	$206,300			$1,289,200	$161,200			$0	$0			$1,289,200	$31,500		$0	$0		$399,000

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 41937153		CASTELLANOS DURANGO MARISOL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 24 962	SAN JOSE DEL GUAVIARE-GUAVIARE	1111111	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-05	2021-05	979663291	9419107452	I	2021/06/15	2021/05/05	BANCOLOMBIA	0	$399,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$206,300	$0	$0	$206,300
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$206,300	$0	$0	$206,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,500	$0	$0	$31,500
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$31,500	$0	$0	$31,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$161,200	$0	$0	$161,200
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$161,200	$0	$0	$161,200
TOTAL				1	$399,000	$0	$0	$399,000

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

San José del Guaviare, 19 de mayo de 2021

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
San José Del Guaviare

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 contratista de prestación de servicios personales y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario y el artículo 1.2.4.1.18. del Decreto 1625 de 2016, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

NUIP - NIP	**1.120.564712**	**KEVIN SANTIAGO PRADA CASTELLANOS**	**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,

Marisol castellanos D.

FIRMA

Nombre: Marisol Castellanos Durango

C.C. 41.937153

DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1120564712

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 39849035

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código X 2 R

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

REGISTRADURIA DE SAN JOSE DEL GUAVIARE COLOMBIA GUAVIARE SAN JOSE DE

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
PRADA**********	CASTELLANOS**********

Nombre(s)

KEVIN SANTIAGO**********

Fecha de nacimiento			Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2007	Mes ABR	Día 07	MASCULINO*******	O******	+ ****

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA GUAVIARE SAN JOSE DEL GUAVIARE**********

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO**********	A 7156678*********

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

CASTELLANOS DURANGO MARISOL**********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 0041937153**********	COLOMBIA**********

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

PRADA RUIZ LISANDRO**********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 0086059191**********	COLOMBIA**********

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

PRADA RUIZ LISANDRO**********

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CEDULA DE CIUDADANIA 0086059191**********	Lisandro Prada Ruiz

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 2007 Mes ABR Día 19	NOREDY GISELA ROYERO SANCHEZ*****
	Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Lisandro Prada Ruiz	NOREDY GISELA ROYERO SANCHEZ
Firma	Nombre y Firma

ESPACIO PARA NOTAS

— ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO —