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 SAN ANDRÉS
CENTRO DE FORMACION TURISTICA, GENTE DE MAR Y DE SERVICIOS -SAN ANDRES - SERVICIOS PR
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	**88**
Código Centro	**953910**
Fecha Elaboración	**8 de Junio de 2021**
Versión	**JUNIO 2021 - 3,21**
ID de Proceso	**79064-817715**
No. de documento	**111668**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	WILDA SHILIMA ONEILL CORPUS	**C.C.**	40.993.699	**IP/Nº de contacto**	3157605679
Correo electrónico contratista:	wildaoneill@misena.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 2020 Superaron $49'849.000	NO	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**		SI	
Banco al cual consignar:	BANCO DE BOGOTA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		674019708	
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:	2248363/2021			**Nº Compromiso SIIF**		**13421**	
Valor Total del Contrato	$ 25.388.550	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 16.173.447	**5**	**Del**	**01/06/2021**	**Al**	**30/06/2021**	**$ 2.820.950,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 13.352.497		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

CO1.PCCNTR.2248363; PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA PLANEAR Y ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, QUE PROGRAME EL CENTRO DE FORMACIÓN EN SUS DIFERENTES NIVELES Y MODALIDADES, ATENDIENDO LAS POLÍTICAS INSTITUCIONALES Y L

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.820.950		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0,00%
			Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 2.820.950**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.461.941**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Junio	Mayo
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**9420334233**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.128.380	$ 1.128.380
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 141.100	$ 141.100
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 180.600	$ 180.600
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 5.900	$ 5.900
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ 150.400	
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	$ 282.095	
Salud hasta $ 580.928	$ 117.500	
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 487.314	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	1.461.941,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	2.499.250,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299	0,00	0,050%
-	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	**$ 2.820.950,00**	

SON: DOS MILLONES OCHOCIENTOS VEINTE MIL NOVECIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Dar respuesta en un tiempo no mayor a 24 horas a los correos enviados.
Cumplir con las funciones asociadas a las labores del instructor.
Usar las herramientas disponibles en el ambiente virtual de aprendizaje para fortalecer la formación.
Realizar el seguimiento permanente de cada participante desde el comienzo hasta el final del curso
a través de la orientación y acompañamiento a las actividades de aprendizaje.
Incentivar al aprendiz al uso de documentos y demás recursos disponibles en la biblioteca del curso virtual.
Garantizar que los estudiantes comprendan el funcionamiento técnico de la plataforma educativa.
Favorecer la interacción constructiva en el ambiente virtual y proporcionar asistencia conceptual y pedagógica
en función de las necesidades y las dificultades que se le puedan presentar al grupo de aprendices.

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.

WILDA SHILIMA ONEILL CORPUS
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,

NICOLE LEE PEREZ PALLARES
INSTRUCTOR G08

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

LORENA ALDANA PEDROZO
DIRECTORA REGIONAL CON FUNCIONES DE SUBDIRECTORA DE CENTRO

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 40993699		ONEILL CORPUS WILDA SHILIMA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	EL CABALLETE	PROVIDENCIA-SAN ANDRES	5148564	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	9420334233	9420334233	I	2021/06/24	2021/05/27	BANCO BOGOTA	0	$327,600

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
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,128,400	$180,600			$1,128,400	$141,100			$0	$0			$1,128,400	$5,900		$0	$0		$327,600
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,128,400	$180,600			$1,128,400	$141,100			$0	$0			$1,128,400	$5,900		$0	$0		$327,600
Ciudad: PROVIDENCIA Depto: SAN ANDRES (1 Afiliados)																						$1,128,400	$180,600			$1,128,400	$141,100			$0	$0			$1,128,400	$5,900		$0	$0		$327,600
1	CC	40993699	O'NEILL WILDA																	230301	30	$1,128,400	$180,600	EPS005	30	$1,128,400	$141,100		0	$0	$0	14-23	30	$1,128,400	$5,900	0	$0	$0	No	$327,600
Total		**Afiliados(1)**																				$1,128,400	$180,600			$1,128,400	$141,100			$0	$0			$1,128,400	$5,900		$0	$0		$327,600

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 40993699		ONEILL CORPUS WILDA SHILIMA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	EL CABALLETE	PROVIDENCIA-SAN ANDRES	5148564	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	9420334233	9420334233	I	2021/06/24	2021/05/27	BANCO BOGOTA	0	$327,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$180,600	$0	$0	$180,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$180,600	$0	$0	$180,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$5,900	$0	$0	$5,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$5,900	$0	$0	$5,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$141,100	$0	$0	$141,100
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$141,100	$0	$0	$141,100
TOTAL				**1**	**$327,600**	**$0**	**$0**	**$327,600**

CERTIFICACION DEPENDIENTES

San Andrés, 30 de junio 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:

Elija un elemento.	**Numero**	**NOMBRE DEL DEPENDIENTE**	Elija un elemento.
TI	**1030220279**	**DAYSHIL LEONICIA BAO ONEILL**	**HIJA**
RC	**1123893626**	**ZYMOND JOYNER JAY ONEILL**	**HIJO**
RC	**1123639943**	**KAROLYN SHILIMA JAY ONEILL**	**HIJA**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Elija un elemento.

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: WILDA SHILIMA ONEILL CORPUS
C.C. 40993699

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

1018189
031819

NUIP 1.030.220.279

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 32831135

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** A H 0

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

REGISTRADURIA DE HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE SAN ANDRES AMOR DE PATRIA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
BAO	O´NEILL

Nombre(s)

DAYSHIL LEONICIA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2009 Mes JUL Día 08	FEMENINO	O	NEGATIVO

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

COLOMBIA SANANDRES SAN ANDRES

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	51146633-5

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

O´NEILL CORPUS WILDA SHILIMA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 40.993.699	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

BAO HOYOS DANNY

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 18.011.289	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

BAO HOYOS DANNY

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 18.011.289	

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 2009 Mes JUL Día 09	BOQUELINA BRYAN EDEN Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

IMPRESO POR PANAMERICANA FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800.175.457-5

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 55449976

NUIP 1.123.893.626.-

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** 7291

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

COLOMBIA-DEPARTAMENTO ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRES ISLA (NOTARIA UNICA DE SAI) - -

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
JAY	O'NEILL

Nombre(s)

ZYMOND JOYNER

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2016 Mes MAR Día 22	MASCULINO	O	NEGATIVO -

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

COLOMBIA-DEPARTAMENTO ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRES ISLA.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO.	13288155-1

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

O'NEILL CORPUS WILDA SHILIMA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.Nº 40.993.699 DE SAN ANDRES ISLA.	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

JAY ARCHBOLD JOYNER

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.Nº 1.047.426.571 DE CARTAGENA-BOLIVAR.	COLOMBIANO.

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

JAY ARCHBOLD JOYNER

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C.Nº 1.047.426.571 DE CARTAGENA-BOLIVAR.	Joyner Jay D.

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 2016 Mes MAR Día 28

Nombre y firma del funcionario que autoriza

RAFAEL MEZA ACOSTA.-

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

29 MAR 2016

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

REPÚBLICA DE COLOMBIA

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.123.639.943

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 41499737

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

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

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

REGISTRADURIA DE SAN ANDRES - COLOMBIA - SAN ANDRES - SAN ANDRES

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
JAY	O'NEILL

Nombre(s)

KAROLYN SHILIMA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2019 Mes SEP Día 05	FEMENINO	AB	NEGATIVO

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

COLOMBIA SAN ANDRES SAN ANDRES

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	15310926-8

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

O'NEILL CORPUS WILDA SHILIMA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 40.993.699	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

JAY ARCHBOLD JOYNER

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.047.426.571	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

JAY ARCHBOLD JOYNER

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.047.426.571	Jamel Jay A.

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 2019 Mes SEP Día 06	JHON OBED ROMERO DUARTE - REGISTR
	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 —

Escaneado con CamScanner