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 SANTANDER
AMPLIACION COBERTURA
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	**68**
Código Centro	**101068**
Fecha Elaboración	**16 de Julio de 2021**
Versión	**JUNIO 2021 - 3,21**
ID de Proceso	**65750-557488**
No. de documento	**153267**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	CLARA ISABEL SERRANO QUINTERO	**C.C.**	63.495.717	**IP/Nº de contacto**	74506
Correo electrónico contratista:	ciserrano@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 2020 Superaron $49'849.000	SI	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**		SI	
Banco al cual consignar:	AV VILLAS	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		905814799	
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:	2121474/2021			**Nº Compromiso SIIF**		**6921**	
Valor Total del Contrato	$ 60.500.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 31.716.667	**7**	**Del**	**01/07/2021**	**Al**	**31/07/2021**	**$ 5.500.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 26.216.667		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

SERVICIOS PERSONALES: SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL APOYO A SUPERVISIÓN JURÍDICA DE CONVENIOS MARCO DERIVADOS POR LIQUIDAR EN EJECUCIÓN Y SUSCRITOS POR EL SENA PARA LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA AMPLIACIÓN COBERTURA PL 11M V/M $5.500.000

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 5.500.000	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	**$ 5.500.000**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 3.242.250**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**		**$ 0**

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

	Julio	**Junio**			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**9422201536**	Valor Base retención en la fuente	3.242.250,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 2.200.000	$ 2.200.000	Valor Base retención en la fuente ICA	4.873.000,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 275.000	$ 275.000	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 352.000	$ 352.000	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 I	$ 11.500	$ 11.500	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 8299	0,00	0,600%
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	$ -		-	0,00	
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	$ 550.000		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 580.928	$ -				
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 1.080.750		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	**$ 5.500.000,00**	

SON: CINCO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Proyección correo documentación representante legal convenio de ampliación de cobertura No. CO1.PCCNTR.1926384-ITAE
Correo Reiteración Intención de suscripción Convenio Sena - CUN SANTANDER
Correo poniendo en conocimiento propuesta homologación programas UIS - SENA.
Apoyo en la elaboración Informe de Supervisión Convenio UIS Sena
Apoyo en la elaboración del Informe de Supervisión parcial del Convenio No. 017-2019-Sena-UDES
Remisión acta de Visita de verificación a la ejecución del Convenio Sena-Corpocides-Colombia College-UTC-EFOESALUD-ITAE-MULTICOMPUTO
Remisión Acta de Homologación Convenio Sena Comfenalco
Informe de Supervisión Convenio UNAB - Sena
Informe de Supervisión Convenio Sena – Uniciencia

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.

CLARA ISABEL SERRANO QUINTERO
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,

DOLLY MAYERLY VALENZUELA SUAREZ
PROFESIONAL G06

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

ORLANDO ARIZA ARIZA
DIRECTOR REGIONAL A G08

Bucaramanga, Julio 16 de 2021

Señores
Grupo de Apoyo Administrativo Mixto
Servicio Nacional de Aprendizaje SENA
Ciudad

Asunto: Solicitud deducible retención en fuente por dependientes

Estimados señores:

Con la presente solicito que de acuerdo con el Articulo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el Artículo 2º. Párrafo 3ro. del Decreto 099 del 2013, se tenga en cuenta como deducible de mis ingresos brutos provenientes de la relación laboral por el concepto de dependientes, los cuales relaciono a continuación:

NOMBRE	**DOCUMENTO DE IDENTIFICACION**	**Calidad del Dependiente** **1. Hijos menores 18 años.** **2. Hijos estudiantes entre 18 y 23 años.** **3. Hijos mayores a 23 años con dependencia por factores físicos o psicológicos.** **4. Cónyuge con ingresos inferiores a 260 UVT o dependencia por factores físicos o psicológicos.** **5. Padres o hermanos con ingresos inferiores a 260 UVT o dependencia por factores físicos o psicológicos.**
HERNANDEZ SERRANO OSCAR TOMAS	1098745393	

Certifico bajo la gravedad de juramento la información consignada en esta solicitud y me comprometo a enviar solicitud de revocación de aplicación del deducible por dependientes en el caso en que cesen las condiciones que dan origen a esta solicitud.

Cordialmente,

CLARA ISABEL SERRANO QUINTERO
C.C. 63.495.717

Anexo: Relación de documentos que anexa el trabajador.

- Registro civil de nacimiento X
- Certificado de estudios. ____
- Certificado contador público. ____
- Certificado medicina legal. ____

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo: N 1079169

NUIP 1.098.745.393...

Tipo de certificado: Datos Esenciales ☐ Acreditar Parentesco ☒

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos
HERNANDEZ SERRANO OSCAR TOMAS

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)
Año 2011 Mes NOV Día 09

Sexo (en letras): MASCULINO

Tipo Sanguíneo: B +

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

Fecha de Inscripción (Mes en letras)
Año 2011 Mes NOV Día 16

Indicativo serial: 0050620636

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos
SERRANO QUINTERO CLARA ISABEL

Documento de Identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA 63.495.717

Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos
HERNANDEZ RODRIGUEZ OSCAR GERARDO

Documento de Identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA 13.541.013

Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos
HERNANDEZ RODRIGUEZ OSCAR GERARDO

Documento de Identificación (Clase y número)
CEDULA DE CIUDADANIA 13.541.013

Espacio para notas
TRAMITES LEGALES

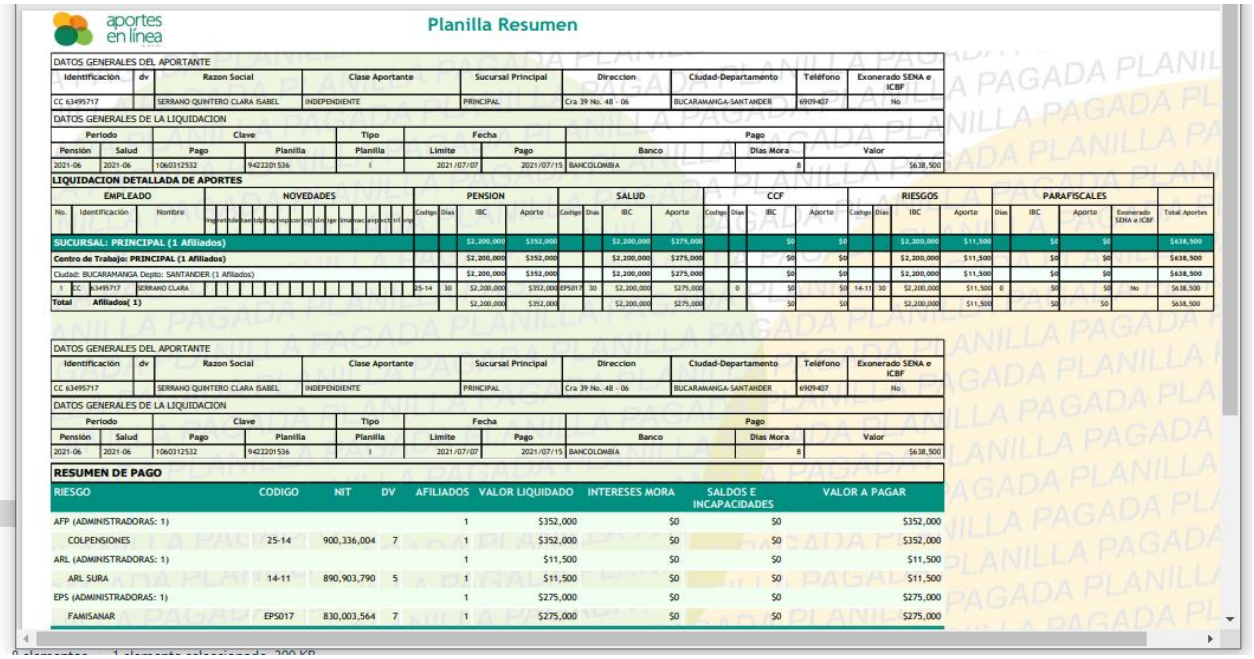
Datos de la oficina donde expide el certificado
País - Departamento - Municipio
COLOMBIA SANTANDER BUCARAMANGA

Oficina: Q X D

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)
Año 2019 Mes ENE Día 11

Nombre y Firma del Funcionario
LUIS ALBERTO FONSECA SANCHEZ
Registrador del Estado Civil

24067227-A



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 63495717		SERRANO QUINTERO CLARA ISABEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 39 No. 48 - 06	BUCARAMANGA-SANTANDER	6909407	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-06	2021-06	1060312532	94222015 36	I	2021/07/07	2021/07/15	BANCOLOMBIA	8	$638,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES	PENSION			SALUD			CCF			RIESGOS			PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombre		Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$2,200,000	$352,000			$2,200,000	$275,000			$0	$0			$2,200,000	$11,500		$0	$0		$638,500
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$2,200,000	$352,000			$2,200,000	$275,000			$0	$0			$2,200,000	$11,500		$0	$0		$638,500
Ciudad: BUCARAMANGA Depto: SANTANDER (1 Afiliados)						$2,200,000	$352,000			$2,200,000	$275,000			$0	$0			$2,200,000	$11,500		$0	$0		$638,500
1	CC 63495717	SERRANO CLARA		25-14	30	$2,200,000	$352,000	EPS017	30	$2,200,000	$275,000	0		$0	$0	14-11	30	$2,200,000	$11,500	0	$0	$0	No	$638,500
Total Afiliados(1)						$2,200,000	$352,000			$2,200,000	$275,000			$0	$0			$2,200,000	$11,500		$0	$0		$638,500

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 63495717		SERRANO QUINTERO CLARA ISABEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 39 No. 48 - 06	BUCARAMANGA-SANTANDER	6909407	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-06	2021-06	1060312532	94222015 36	I	2021/07/07	2021/07/15	BANCOLOMBIA	8	$638,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$352,000	$0	$0	$352,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$352,000	$0	$0	$352,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$11,500	$0	$0	$11,500
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$11,500	$0	$0	$11,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$275,000	$0	$0	$275,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$275,000	$0	$0	$275,000