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	**27 de Julio de 2021**
Versión	**JUNIO 2021 - 3,21**
ID de Proceso	**36870-055222**
No. de documento	**165463**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	AURA LILLY WILSON LEVER	**C.C.**	40.991.919	**IP/Nº de contacto**	5123174452
Correo electrónico contratista:	aurawilson@misena.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:	BANCO CAJA SOCIAL	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		24091241795	
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:	2250895/2021			**Nº Compromiso SIIF**		**24721**	
Valor Total del Contrato	$ 16.925.697	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 8.838.975	**6**	**Del**	**01/07/2021**	**Al**	**31/07/2021**	**$ 1.880.633,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 6.958.342		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

CO1.PCCNTR.2250895; 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	$ 1.880.633	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	**$ 1.880.633**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.075.178**	**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	----------	**8351989522**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 908.526	$ 908.526
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 113.600	$ 113.600
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 145.400	$ 145.400
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 4.800	$ 4.800
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	$ 188.063	
Salud hasta $ 580.928	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 358.393	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	1.075.178,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	1.621.633,00	
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	**$ 1.880.633,00**	

SON: UN MILLÓN OCHOCIENTOS OCHENTA MIL SEISCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Asociar aprendices en el aplicativo Sofía Plus.
Planear y ejecutar las actividades relacionadas en la guía de aprendizaje
Cumplir con las funciones asociadas a las labores del instructor.
Apoyar la gestión del programa para el posicionamiento Regional y Nacional.
Asistir a todas las reuniones que sean programadas por la institución.
Dar cabal cumplimiento con lo previsto en la Guía del Tutor, a fin de garantizar el buen desarrollo de los cursos.

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.

AURA LILLY WILSON LEVER
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

BORIS SCHOONEWOLFF SCHOONEWOLFF MANSANG
DIRECTOR REGIONAL G07 (E)

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): AURA LILLY WILSON LEVER
No. Identificación: CC40991919
Dirección: SAN LUIS BAY
Telefono: 3174452614
Correo: aurawilson@misena.edu.co
Ciudad: SAN ANDRÉS
Número de Planilla: 8351989522

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	AURA LILLY WILSON LEVER
Tipo y número de identificación	CC40991919
Número de planilla	8351989522
Fecha pago	2021-07-26
Número de autorización pago	73426146
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	junio de 2021
Periodo de Cotización Pensión	junio de 2021
Número de Administradoras	3
Total Pagado	263800
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	4800	1
230301	Porvenir	145400	1
EPS037	Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS	113600	1

8351989522

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 40991919
APELLIDOS Y NOMBRES: AURA LILLY WILSON LEVER

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS037	230301	908526	908526	908526	0	113600	0	145400	0	4800	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

CERTIFICACION DEPENDIENTES

San Andrés, 27 de Julio 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.
T.I.	**1030220533**	**ARIAN MAUREEN QUEJADA WILSON**	**HIJA**
R.C	**1123893117**	**JOHNIEL QUEJADA WILSON**	**HIJO**

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,

AURA LILLY WILSON LEVER
FIRMA
Nombre: NOMBRE DEL CONTRATISTA
C.C. 40991919

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

Adhesivo Copia Registro Civil
3513791-1

NUIP 1.030.220.533

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 32831402

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

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

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
QUEJADA	WILSON

Nombre(s)

ARIAN MAUREEN

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2009 Mes NOV Día 17	FEMENINO	B	POSITIVO

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

COLOMBIA SAN ANDRES SAN ANDRES

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	52136752-4

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

WILSON JEUFF AURA LILLY

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 40.991.919	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

QUEJADA POMARE JOHN CARLOS

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 18.009.053	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

QUEJADA POMARE JOHN CARLOS

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 18.009.053	

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 NOV Día 24	PETER JAMES SANTILLO - REGI
	Nombre y firma

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

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

2041382

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP: 1.123.893.117

Indicativo Serial: 40064951

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaria [X] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código: 7201

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
QUEJADA	WILSON

Nombre(s): JOHNIEL

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2014 Mes OCT Día 03	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA-DEPARTAMENTO ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRES ISLA.

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO.	118189253

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: WILSON LEVER AURA LILLY

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.Nº 40.991.919 DE SAN ANDRES ISLA.	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: QUEJADA POMARE JOHN CARLOS.

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.Nº 18.009.053 DE SAN ANDRES ISLA.	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: QUEJADA POMARE JOHN CARLOS.

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C.Nº 18.009.053 DE SAN ANDRES ISLA.	

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 2014 Mes OCT Día 30	RAFAEL MEJA ACOSTA.
	Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -