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 DISTRITO CAPITAL**
**DESPACHO DIRECCION**
**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** | **11** |
| **Código Centro** | **101000** |
| **Fecha Elaboración** | **Agosto de 2021** |
| **Versión** | **JUNIO 2021 - 3,21** |
| **ID de Proceso** | **86505-328838** |
| **No. de documento** | **169954** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | LUZ ESTELLA MEJIA DIAZ | **C.C.** | 43.500.770 | **IP/Nº de contacto** | 14416 |
| **Correo electrónico contratista:** | lemejia@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 ?** | | NO | |
| **Banco al cual consignar:** | BANCOLOMBIA | **Tipo de cta** | AHORROS | **Nº Cuenta** | | 10152683364 | |
| **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:** | 2236604/2021 | | | **Nº Compromiso SIIF** | | **28021** | |
| **Valor Total del Contrato** | $ 68.534.140 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 31.827.000 | **7** | **Del** | **01/08/2021** | **Al** | **31/08/2021** | **$ 6.365.400,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 25.461.600 | | Legalización comisiones del periodo | | | $ 0,00 | |

**OBJETO CONTRACTUAL:**
(Descripciòn del servicio prestado)

SERVICIOS PERSONALES: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA REVISAR LAS ACTUACIONES ADMINISTRATIVAS ADELANTADAS POR EL DESPACHO DE LA DIRECCIÓN DE LA REGIONAL

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 6.365.400 | 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** | **$ 6.365.400** | Menos, Retefuente Otros Ingresos | | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 3.383.820** | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | | **$ 0** |

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

| | Agosto | Julio |
|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | ---------- | **7806305865** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 2.546.160 | $ 2.546.160 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 318.300 | $ 318.300 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 407.400 | $ 407.400 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 |
| ARL I | $ 13.300 | $ 13.300 |
| 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 | $ 636.540 | |
| Salud hasta $ 580.928 | $ 580.928 | |
| Renta Exenta 25% $ 8.713.920 | $ 1.105.558 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Valor Base retención en la fuente | 3.383.820,00 | TARIFA |
| Valor Base retención en la fuente ICA | 5.639.700,00 | |
| 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 | 54.480,00 | 0,966% |
| - | 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** | **$ 6.310.920,00** | |

**SON: SEIS MILLONES TRESCIENTOS DIEZ MIL NOVECIENTOS VEINTE PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Programar y liderar Teams con las Líderes de Bienestar de los 15 centros de formación para el seguimiento acciones del planBienestar
Liderar sesiones representantes, eq psicosociales, trabajar en los lineamientos cumbre nal de representantes de aprend, Dgral
Liderar Zonal reg Tolima; Huila, Boyaca, Cundinamarca y Bogota escogencia representantes y temáticacumbre nal de representantes
Liderar mesas de trabajo -lideres de bienestar y representantes de aprendices
Reunión Minsalud ruta de certificación aprendices con discapacidad
Liderar reunión U.Konrad Lorenz inicio de practicas Psicologia semestre II 2021seguimiento las acvidades designadas, productos entreg
Liderar Plan de acción 2022 de los 15 centros de formacion. Seguimiento al proyecto Ola depresión y ansiedad- Sena Universidad Javeria
Apoyo a la Estrategia WorldSkills, Apoyar Consejo Regional, Apoyar el proceso de Evaluación del Desempeño
Seguimiento a la caracterización sociodemográfica 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.

**LUZ ESTELLA MEJIA 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,

**NICANOR TOBAR BELTRAN**
**ASESOR G03**

**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**

**ENRIQUE ROMERO CONTRERAS**
**DIRECTOR REGIONAL**

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# COMPROBANTE DE PAGO

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 43500770 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | LUZ ESTELLA MEJIA DIAZ |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | CARRERA 8 #151- 83 APTO 202 | TELÉFONO: | 3104603 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Otros trabajos de edición. |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

## DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **7806305865** | | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS: | MES: | julio | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES: | julio |
| | AÑO: | 2021 | | AÑO: | 2021 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2021/08/04 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 1083496469 |

## LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 900336004 | 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 407.400 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 407.400** |
| **SALUD** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800130907 | EPS002 | EPS002-SALUD TOTAL | 1 | $ 318.300 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 318.300** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 860011153 | 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | $ 13.300 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 13.300** |

| | |
|---|---|
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 739.000** |

**CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES**

Bogotá, agosto del 2021

Señores
**SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (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.** | **1017924006** | **MANUELA MONSALVE MEJIA** | **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,

_____

Nombre: LUZ ESTELLA MEJIA DIAZ

C.C.43500770 de Medellín

NOTARIA DOCE

G.

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

NUIP 1017924006

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 3 9020362

**Datos de la oficina de registro - Clase de oficina**

Registraduría ☐ Notaría XIX Número 12 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código A 4 L

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía

. . . .COLOMBIA. . . . .ANTIOQUIA. . MEDELLIN. . . . . .

**Datos del inscrito**

Primer Apellido: . . . . .MONSALVE. . . . . Segundo Apellido: . .MEJIA. . . . . .

Nombre(s): . . . . . .MANUELA. . . . . .

Fecha de nacimiento: Año 2005 Mes 004 Día 15 Sexo: FEMENINO. . . . . .

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

COLOMBIA. . . . .ANTIOQUIA. . . MEDELLIN. . . . . .

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos: CERTIFICADO MEDICO. . . . . Número certificado de nacido vivo: . A6379415. . . .

**Datos de la madre**

Apellidos y nombres completos: MEJIA DIAZ LUZ ESTELLA. . . . . .

Documento de identificación (Clase y número): C.C.#43.500.770 DE MEDELLIN(A). . . . . Nacionalidad: .COLOMBIANA. . .

**Datos del padre**

Apellidos y nombres completos: MONSALVE AHUMADA MANUEL FERNANDO DE JESUS. . . . . .

Documento de identificación (Clase y número): C.C.#79.469.069 DE BOGOTA D.C. . . . . Nacionalidad: .COLOMBIANA. . .

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos: MONSALVE AHUMADA MANUEL FERNANDO DE JESUS. . .

Documento de identificación (Clase y número): C.C.#79.469.069 DE BOGOTA D.C. . . . . Firma: 79.469.069

**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):

REPUBLICA DE COLOMBIA JOSE IVAN CARVAJAL SEPULVEDA NOTARIO DOCE (12) MEDELLIN - ANTIOQUIA

REPUBLICA DE COLOMBIA 12 Firma

Nombre y Apellido del funcionario ante quien se hace el reconocimiento: BEATRIZ ELENA YEPES HERNANDEZ

NOTARIA DOCE ENCARGADA MEDELLIN

Nombre y Firma

**Fecha de inscripción**

Año 2005 Mes 004 Día 15

BEATRIZ ELENA YEPES HERNANDEZ

Nombre y Firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y Firma

**ESPACIO PARA NOTAS**

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -