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	**18 de Agosto de 2021**
Versión	**JUNIO 2021 - 3,21**
ID de Proceso	**46967-603129**
No. de documento	**185953**

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	$ 26.216.667	**8**	**Del**	**01/08/2021**	**Al**	**31/08/2021**	**$ 5.500.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 20.716.667		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

	Agosto	**Julio**
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**9423403123**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 2.200.000	$ 2.200.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 275.000	$ 275.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 352.000	$ 352.000
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 11.500	$ 11.500
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	$ 550.000	
Salud hasta $ 580.928	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 1.080.750	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	3.242.250,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	4.873.000,00	
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	0,600%
-	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	**$ 5.500.000,00**	

SON: CINCO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Respuesta PQR-Aprendiz Diana Maritza Rojas-Programa Técnica en Pastelera-Convenio Sena Congregación Mariana
Respuesta PQR-Aprendiz Sandra Liliana Mosquera -Programa Técnica en Pastelera-Convenio Sena Congregación Mariana
Proyección Otrosí No. 001 al Convenio de Cooperación No. 052 de 2005 Sena UIS
Proyección Estudios Previos del Otrosí No. 001 al Convenio de Cooperación Sena UIS
Proyección Otrosí de Prorroga Convenio No. 017 de 2019-UDES-SENA
Proyección Respuesta PQR-Aprendiz Luis Hernán Correa - Convenio Sena ITAE
Solicitud de verificación y remisión Plan Operativo Universidad Manuela Beltrán
Participación Visita Virtual -Comité Coordinador Convenio Sena-Colombia College- Segundo Desembolso y aprobación de Modificacion Plane
Remisión acta de Visita No. 008 ejecución del Convenio Sena-Congregación Mariana,Multicomputo,UTC,EFORSALUD,CORPOCIDES,ITAE,COLLEGE

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,

ADDA MAYERLY MARIN DIAZ
PROFESIONAL G01

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, Agosto 18 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
2021-07	2021-07	1096473524	9423403123	I	2021/08/05	2021/08/17	BANCO DAVIVIENDA	13	$638,500

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	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
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

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
2021-07	2021-07	1096473524	9423403123	I	2021/08/05	2021/08/17	BANCO DAVIVIENDA	13	$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
TOTAL				1	$638,500	$0	$0	$638,500