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 ATLÁNTICO**
**CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS-ATLANTICO -SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION**
**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** | **8** |
| **Código Centro** | **930210** |
| **Fecha Elaboración** | **Agosto de 2021** |
| **Versión** | **JUNIO 2021 - 3,21** |
| **ID de Proceso** | **53680-264622** |
| **No. de documento** | **176438** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | ELLA ESPERANZA GOMEZ PATIÑO | **C.C.** | 41.686.395 | **IP/Nº de contacto** | 0 |
| **Correo electrónico contratista:** | eegomezd@misena.edu.co | | | | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Régimen del IVA:** | NO RESPONSABLE | **Pertenece al régimen simple de tributación?** | NO | **Es declarante de renta?** | NO | **Es Pensionado?** | SI |
| **Sus ingresos en el 2020 Superaron $49'849.000** | NO | **Inducción SST** | SI | **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** | NO | | |
| **Banco al cual consignar:** | DAVIVIENDA | **Tipo de cta** | AHORROS | **Nº Cuenta** | 29700021248 | | |
| **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:** | 2281811/2021 | | | **Nº Compromiso SIIF** | **50021** | | |
| **Valor Total del Contrato** | $ 36.657.350 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 16.966.408 | **7** | **Del** | **01/08/2021** | **Al** | **31/08/2021** | **$ 3.715.272,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 13.251.136 | | Legalización comisiones del periodo | | | $ 0,00 | |

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

INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES CARÁCTER TEMPORAL PLANEAR Y ORIENTAR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, PROGRAMAS REDES DE LOGISTICA Y TRANSPORTE EN EL AREA TALENTO HUMANO CCS SENA REG AT RADICADO 9-2021-003016 Â€¦PLAZO 17 DIC 2021

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 3.715.272 | | 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** | **$ 3.715.272** | | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 2.647.104** | | **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** | ---------- | **9421896843** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 1.486.109 | $ 1.486.109 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 185.800 | $ 185.800 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 0 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 |
| ARL I | $ 7.800 | $ 7.800 |
| 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 | $ - | |
| Salud hasta $ 580.928 | $ - | |
| Renta Exenta 25% $ 8.713.920 | $ 882.368 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Valor Base retención en la fuente | 2.647.104,00 | TARIFA |
| Valor Base retención en la fuente ICA | 3.529.472,00 | |
| 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 | 35.295,00 | 1,000% |
| - | 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** | **$ 3.679.977,00** | |

**SON: TRES MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS SETENTA Y SIETE PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Impartir formación a las fichas:2281747-2267011-2281630-2282073-2281577-2282135 - 2374512

**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.

**ELLA ESPERANZA GOMEZ PATIÑO**
**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,

**DORIS ESTER DEL TORO RUIZ**
**INSTRUCTOR G20**

**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**

**ELIZABETH TUBERQUIA VANEGAS**
**SUBDIRECTORA DE CENTRO G02**

aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 41686395 | | GOMEZ MENDOZA ELLA ESPERANZA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CR 75 B N 87 B 12 | BARRANQUILLA-ATLANTICO | 3041060 | 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 | 1070205446 | 9421896843 | I | 2021/08/24 | 2021/07/26 | BANCO DAVIVIENDA | 0 | $291,700 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | | PENSION | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | | Nombres | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte |
| **Sucursal: PRINCIPAL (2 Afiliados)** | | | | | | $0 | $0 | | | $1,460,942 | $284,000 | | | $0 | $0 | | | $1,460,942 | $7,700 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 2 Afiliados)** | | | | | | $0 | $0 | | | $1,460,942 | $284,000 | | | $0 | $0 | | | $1,460,942 | $7,700 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO ( 2 Afiliados) | | | | | | $0 | $0 | | | $1,460,942 | $284,000 | | | $0 | $0 | | | $1,460,942 | $7,700 | | $0 | $0 |
| 1 | CC | 41686395 | GOMEZ ELLA | | 0 | $0 | $0 | EPS005 | 30 | $1,460,942 | $182,700 | | 0 | $0 | $0 | 14-23 | 30 | $1,460,942 | $7,700 | 0 | $0 | $0 |
| 2 | CC | 22520906 | PATIÑO NATALIA | | 0 | $0 | $0 | EPS005 | 30 | $0 | $101,300 | | 0 | $0 | $0 | | 0 | $0 | $0 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | | | **Afiliados( 2)** | | | $0 | $0 | | | $1,460,942 | $284,000 | | | $0 | $0 | | | $1,460,942 | $7,700 | | $0 | $0 |

aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 41686395 | | GOMEZ MENDOZA ELLA ESPERANZA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CR 75 B N 87 B 12 | BARRANQUILLA-ATLANTICO | 3041060 | 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 | 1070205446 | 9421896843 | I | 2021/08/24 | 2021/07/26 | BANCO DAVIVIENDA | 0 | $291,700 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $7,700 | $0 | $0 | $7,700 |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 1 | $7,700 | $0 | $0 | $7,700 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 2 | $284,000 | $0 | $0 | $284,000 |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 2 | $284,000 | $0 | $0 | $284,000 |
| **TOTAL** | | | | **1** | **$291,700** | **$0** | **$0** | **$291,700** |

CP-355587

seguros de vida alfa s.a.

**SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.**

**NIT 860503617-3**

CERTIFICA QUE

El(a) señor(a) **GOMEZ DE PATIÑO ELLA ESPERANZA** identificado(a) con **CÉDULA** No.**41686395** es beneficiario(a) de una Póliza de Renta Vitalicia por **VEJEZ**, expedida en el mes de **Octubre** de **2018** .

Actualmente, **GOMEZ DE PATIÑO ELLA ESPERANZA** tiene derecho a recibir **NOVECIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS($949,599.00 MCTE.),** equivalente a un **100%** del valor total de la pensión, y recibe **13** mesadas durante el año, al cual aplicamos los descuentos a que haya lugar según la normatividad vigente para este tipo de pólizas y los adicionales debidamente autorizados por el beneficiario.

Para atender requerimientos e inquietudes tenemos habilitados los siguientes canales de comunicación: Línea Alfa en Bogotá al 3077032 o en el resto del país la línea nacional 01 8000 12 25 32, correo electrónico servicio al cliente: servicioalcliente@segurosalfa.com.co, la página web www.segurosalfa.com.co opción Contáctenos y la Oficina de Atención al Cliente en Bogotá o en las sucursales de Cali, Cartagena, Medellín.

Esta certificación se expide a solicitud de Seguros de Vida Alfa s.a. en Bogotá a los 17 días del mes de Febrero del año 2021

**Dirección de Rentas Vitalicias.**

***Renta:100391***

******* INFORMACIÓN CONFIDENCIAL *******
******* FIN DEL DOCUMENTO *******