

 <p>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</p>	DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES)		Código Regional	11
	REGIONAL DISTRITO CAPITAL		Código Centro	940410
	CENTRO DE GESTION ADMINISTRATIVA-BTA D C - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION		Fecha Elaboración	17 de Octubre de 2021
	Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Versión	JUNIO 2021 - 3,21
	Resolución DIAN N° 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)		ID de Proceso	96113-242570
			No. de documento	245573

DATOS DEL CONTRATISTA			
Nombres y apellidos contratista:	DEICY MILENA OSORIO RODRIGUEZ	C.C.	52.886.941
Correo electrónico contratista:	dmosorio149@misena.edu.co	IP/N° de contacto	3143083502
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	☐ SI	Inducción SST	☐ SI
		Presta Servicios Excluidos de IVA ?	☐ SI
Banco al cual consignar:	DAVIVIENDA	Tipo de cta	AHORROS
		N° Cuenta	9970464781
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			
N° del contrato:	2210818/2021	N° Compromiso SIIF	6721
Valor Total del Contrato	\$ 41.080.000	N ° Pago	9
Saldo Anterior del Contrato	\$ 10.010.000	Periodo objeto de pago	Del 01/10/2021 Al 31/10/2021
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 6.110.000	Legalización comisiones del periodo	\$ 0,00

OBJETO CONTRACTUAL:			
(Descripción del servicio prestado)			
PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL, PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, MEDIANTE LA MODALIDAD DE PERIODOS FIJOS DE INSTRUCTORES, PARA LA EJECUCIÓN DE ACCIONES DE FORMACIÓN TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA, PRESENCIAL Y VIRTUAL, EN LAS ÁREAS DE GESTIÓN DEL TALENTO			

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Ingresos por honorarios	\$ 3.900.000	Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°	0,00%
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 3.900.000	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 2.299.050	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR			
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	Octubre	Setiembre	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.560.000	\$ 1.560.000	Valor Base retención en la fuente 2.299.050,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 195.000	\$ 195.000	Valor Base retención en la fuente ICA 3.455.400,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 249.600	\$ 249.600	Valor base IVA 0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00
ARL	\$ 8.200	\$ 8.200	Menos Retención en la Fuente 0,00
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -		Menos Retencion IVA 0,00
Aportes voluntarios a cuentas AFC	\$ -		Reteica - 8299 33.379,00
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.522.064	\$ -		0,966%
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.630.800	\$ -		Otras Retenciones 0,00
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones 0,00
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		0,000%
Dependientes hasta \$ 1.161.856	\$ 390.000		Otras Retenciones 0,00
Salud hasta \$ 580.928	\$ -		0,000%
Renta Exenta 25% \$ 8.713.920	\$ 766.350		0,000%
Retención en la Fuente Contingente	\$ -		0,000%
			Descuentos de Libranza 0,00
			Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00
			VALOR A PAGAR \$ 3.866.621,00

SON: TRES MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS VEINTIUNO PESOS M/CTE	
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO	
<p>Orientar Formación Profesional Integral a los aprendices según programación de fichas.</p> <p>Acompañamiento a los aprendices en el desarrollo de procesos formativos y/o productivos.</p> <p>Actualizar contenidos y tecnologías en las diversas competencias del programa de formación</p> <p>Elaboración y entrega de formatos y documentos requeridos en el proceso académico administrativo</p>	

<p>PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:</p> <p>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.</p>	<p>DEICY MILENA OSORIO RODRIGUEZ EL CONTRATISTA</p>
---	--

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO	
<p>En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:</p> <p>1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;</p> <p>2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;</p> <p>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.</p>	<p>Autorizo el presente pago. El Supervisor,</p> <p>ADRIANA PATRICIA BALEN SUAREZ INSTRUCTOR G11</p>

<p>Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:</p> <p>EL ORDENADOR DEL PAGO</p>
--

<p>WAINE ANTONY TRIANA ALBIS SUBDIRECTOR DE CENTRO G02</p>

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52886941		OSORIO RODRIGUEZ DEICY MILENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 14 B 119 A 76 IN 5 AP 903	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2021-09	2021-09	1161818306		9424976517	I	2021/10/11	2021/10/11	BANCO DAVIVIENDA	\$452,800

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 (1 Afiliados)					\$1,560,000	\$249,600			\$1,560,000	\$195,000			\$0	\$0			\$1,560,000	\$8,200		\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,560,000	\$249,600			\$1,560,000	\$195,000			\$0	\$0			\$1,560,000	\$8,200		\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$1,560,000	\$249,600			\$1,560,000	\$195,000			\$0	\$0			\$1,560,000	\$8,200		\$0	\$0
1	CC 52886941	OSORIO DEICY	230301	30	\$1,560,000	\$249,600	EPS005	30	\$1,560,000	\$195,000		0	\$0	\$0	14-23	30	\$1,560,000	\$8,200	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$1,560,000	\$249,600			\$1,560,000	\$195,000			\$0	\$0			\$1,560,000	\$8,200		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52886941		OSORIO RODRIGUEZ DEICY MILENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 14 B 119 A 76 IN 5 AP 903	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2021-09	2021-09	1161818306	9424976517	I	2021/10/11	2021/10/11	BANCO DAVIVIENDA	0	\$452,800

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$249,600	\$0	\$0	\$249,600	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$249,600	\$0	\$0	\$249,600	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$8,200	\$0	\$0	\$8,200	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$8,200	\$0	\$0	\$8,200	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$195,000	\$0	\$0	\$195,000	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$195,000	\$0	\$0	\$195,000	
TOTAL				1	\$452,800	\$0	\$0	\$452,800	

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 17 de octubre 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 contratista de prestación de servicios personales y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario y el artículo 1.2.4.1.18. del Decreto 1625 de 2016, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

T.I.	1010847887	Simón Matías Lozano Osorio	HIJO
T.I.	1012920385	Juan José Galarza Osorio	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,

DEICY MILENA OSORIO RODRIGUEZ
CC. 52886941 Bogotá D.C.

GRF-F-063 V.02



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 59385590

NUIP	1010847887
------	------------

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina							
Registraduría	☐	Notaría	☒	Número	14	Consulado	☐
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía				Código			
COLOMBIA CUNDINAMARCA				BOGOTA			

Datos del inscrito			
Primer Apellido		Segundo Apellido	
LOZANO		OSORTO	
Nombre(s)			
SIMON NATIAS			
Fecha de nacimiento		Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo
Año	2018	Mes	SEPT
Día	07	MASCULINO	O
Factor RH			
POSITIVO			
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)			
COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA			

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	14381918-4

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)	
Apellidos y nombres completos	
OSORIO RODRIGUEZ DEICY HELENA	
Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 52886941 DE BOGOTA D.C.	COLOMBIANA

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)	
Apellidos y nombres completos	
LOZANO CLAVIJO CRISTHIAN CAMILO	
Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 1023884505 DE BOGOTA D.C.	COLOMBIANA

Datos del declarante	
Apellidos y nombres completos	
LOZANO CLAVIJO CRISTHIAN CAMILO	
Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
C.C. No. 1023884505 DE BOGOTA D.C.	

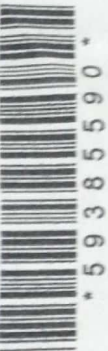
Datos primer testigo	
Apellidos y nombres completos	

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	2018
Mes	SEPT
Día	20
JORGE LUIS BUSTOS REYES	
Nombre y firma	



- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

REPÚBLICA DE COLOMBIA



ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1012920385

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 41897114

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registro actual ☐ Nacimiento ☒ Número ☐ Contribución ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código 1003

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ

Datos del inscrito

Primer Apellido

GALARZA

Segundo Apellido

OSORIO

Nombre

JUAN JOSE

Fecha de nacimiento

Año 2009

Mes ABR

Día 20

Sexo (en letras)

MASCULINO

Grupo Sanguíneo

O

Factor RH

POSITIVO

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo

51914049-4

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

OSORIO RODRIGUEZ DEICY MILENA

Documento de identificación (Clase y número)

C.C. No. 52,886,941 de BOGOTÁ

Nacionalidad

COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

GALARZA PINZON MAURICIO ANDRES

Documento de identificación (Clase y número)

C.C. No. 79,951,589 de BOGOTÁ

Nacionalidad

COLOMBIANA

Datos del testador

Apellidos y nombres completos

GALARZA PINZON MAURICIO ANDRES

Documento de identificación (Clase y número)

C.C. No. 79,951,589 de BOGOTÁ

Firma

[Firma manuscrita]

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

Año 2009

Mes MAY

Día 06

[Firma manuscrita]
MANUEL JOSE CAROPRESE MENDEZ

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Firma

Nombre y Firma

ESPACIO PARA NOTAS

July

FORMA NO. 001-2014

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO