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	**21 de Octubre de 2021**
Versión	**JUNIO 2021 - 3,21**
ID de Proceso	**41704-410104**
No. de documento	**253199**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	ETEL SAMIRA AUSTIN PEREZ	**C.C.**	40.990.152	**IP/Nº de contacto**	3214622881
Correo electrónico contratista:	letel@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:	BANCOLOMBIA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		77581783607	
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:	2267001/2021			**Nº Compromiso SIIF**		**23521**	
Valor Total del Contrato	$ 40.462.164	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 7.642.853	**9**	**Del**	**01/10/2021**	**Al**	**31/10/2021**	**$ 4.495.796,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 3.147.057		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

CO1.PCCNTR.2267001; 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	$ 4.495.796		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	**$ 4.495.796**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.650.212**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Octubre	**Setiembre**
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**9425095392**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.798.318	$ 1.798.318
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 224.800	$ 224.800
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 287.800	$ 287.800
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 9.400	$ 9.400
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	$ 449.580	
Salud hasta $ 580.928	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 883.404	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.650.212,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.983.196,00	
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	**$ 4.495.796,00**	

SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL SETECIENTOS NOVENTA Y SEIS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Revisé y retroalimenté las evidencias enviadas por los aprendices. Programé y participé en la sesión virtual semanal. Actualicé el Centro de calificaciones con los resultados obtenidos por los aprendices. Retroalimenté las publicaciones en el foro temático. Publique los anuncios semanales entre las cuales está el cuadro de honor para motivar a los que están haciendo un buen desempeño Realice las sesiones virtuales semanales, profundizando en los temas y fortaleciendo la destreza del hablar y escuchar. Publiqué anuncio con listado oficial de aprendices aprobados. Diseñé y compartí información sobre el proceso de cierre y reinscripción Compartí guía indicando a los aprendices el paso a paso para descarga del certificado. Actualicé juicios de evaluación en senasofiaplu

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.

ETEL SAMIRA AUSTIN PEREZ
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,

RUSSELL SOLANO ARNOLD ROMMOULLOUS
PROFESIONAL 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

LORENA ALDANA PEDROZO
DIRECTORA REGIONAL CON FUNCIONES DE SUBDIRECTORA DE CENTRO

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 40990152		AUSTIN PEREZ ETEL SAMIRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DG4ANO11-108PUERTOCOLOMBIA	PUERTO COLOMBIA-ATLANTICO	3523017	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-10	2021-10	1152596889	9425095392	I	2021/11/12	2021/10/04	BANCOLOMBIA	0	$522,000

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)					$1,798,318	$287,800			$1,798,318	$224,800			$0	$0			$1,798,318	$9,400		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,798,318	$287,800			$1,798,318	$224,800			$0	$0			$1,798,318	$9,400		$0	$0
Ciudad: PUERTO COLOMBIA Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)					$1,798,318	$287,800			$1,798,318	$224,800			$0	$0			$1,798,318	$9,400		$0	$0
1	CC 40990152	AUSTIN ETEL	25-14	30	$1,798,318	$287,800	EPS005	30	$1,798,318	$224,800		0	$0	$0	14-23	30	$1,798,318	$9,400	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,798,318	$287,800			$1,798,318	$224,800			$0	$0			$1,798,318	$9,400		$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 40990152		AUSTIN PEREZ ETEL SAMIRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	DG4ANO11-108PUERTOCOLOMBIA	PUERTO COLOMBIA-ATLANTICO	3523017	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-10	2021-10	1152596889	9425095392	I	2021/11/12	2021/10/04	BANCOLOMBIA	0	$522,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$287,800	$0	$0	$287,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$287,800	$0	$0	$287,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,400	$0	$0	$9,400
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$9,400	$0	$0	$9,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$224,800	$0	$0	$224,800
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$224,800	$0	$0	$224,800
TOTAL				**1**	**$522,000**	**$0**	**$0**	**$522,000**

CERTIFICACION DEPENDIENTES

San Andrés 21 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 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.	**Numero**	**NOMBRE DEL DEPENDIENTE**	**HIJO**
T.I	**1042260060**	**JADE SANTOS AUSTIN**	**HIJO**
T.I	**1042262616**	**CAMILA SANTOS AUSTION**	**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,

_____
FIRMA
Nombre: Etel Austin.
C.C. 40.990.152

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1.042.262.616

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 50339957

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [ ] Notaria [X] Número 05 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código C 2 M

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

NOTARIA 5 BARRANQUILLA - COLOMBIA - ATLANTICO - BARRANQUILLA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
SANTOS	AUSTIN

Nombre(s)

CAMILA STEELE

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2010 Mes DIC Día 20	FEMENINO		

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

COLOMBIA ATLANTICO BARRANQUILLA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	52569527-6

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

AUSTIN PEREZ ETEL SAMIRA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 40.990.152	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

SANTOS MARTINEZ LEWIS SIMMEL

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 72.000.464	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

SANTOS MARTINEZ LEWIS SIMMEL

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 72.000.464	

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 2011 Mes ENE Día 14	ROSALBA RUEDA DE JORDAN - NOTARIA 5
	Nombre y firma

Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

NOTARIA QUINTA DEL CIRCULO DE BARRANQUILLA
Arts. 115 D. Ley 1260/70 y 1°.D. 2158/72

CERTIFICA

Es fiel y autentica fotocopia tomada de su original que reposa en los archivos de registro de esta Notaria, sin prueba de filiación parentesco. Este Registro no tiene fecha de vencimiento, Art. 83, excepto para Matrimonio.

Barranquilla. 04 OCT. 2016

Notaria Quinta del Circulo de Barranquilla

REPUBLICA DE COLOMBIA
CECILIA MARIA MERCADO HOGUERA
NOTARIA QUINTA
NOTARIA
BARRANQUILLA

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1.042.260.060

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 43630799

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [0 5] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** C 2 M

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

NOTARIA 5 BARRANQUILLA - COLOMBIA - ATLANTICO - BARRANQUILLA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
SANTOS	AUSTIN

Nombre(s): JADE STEELE

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2009 Mes JUL Día 21	FEMENINO	A	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA ATLANTICO BARRANQUILLA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	520758109-1

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: AUSTIN PEREZ ETEL SAMIRA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 40.990.152	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: SANTOS MARTINEZ LEWIS SIMMEL

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 72.000.464	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: SANTOS MARTINEZ LEWIS SIMMEL

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 72.000.464	

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 AGO Día 14	ROSALBA RUEDA DE JORDAN Nombre y firma

Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
Firma	Nombre y firma

NOTARIA QUINTA DEL CIRCULO DE BARRANQUILLA
Arts. 1151 Ley 1260/70 y 1 D. 2158/70

ESPACIO PARA NOTAS

CERTIFICA

Es fiel y auténtica fotocopia tomada de su original que reposa en los archivos de registro de esa Notaría, libre para acreditar parentesco. Este Registro no tiene fecha de vencimiento D. 1185/2/21/2001 83, excepto para Matrimonio.

Barranquilla, 04 OCT.

Notaria Quinta del Circulo de Barranquilla

REPUBLICA DE COLOMBIA
CECILIA MARIA MERCADO NOGUERA
NOTARIA QUINTA
NOTARIA 5
CIRCULO DE BARRANQUILLA

IMPRESO POR BANARAANO S.A. NIT. 890103711-1 10220 10-2005

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -