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
CENTRO DE GESTION INDUSTRIAL -BTA D C - 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	**11**
Código Centro	**921110**
Fecha Elaboración	**Octubre de 2021**
Versión	**JUNIO 2021 - 3,21**
ID de Proceso	**87704-557648**
No. de documento	**249865**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	CAROLINA AVILA BARRETO	**C.C.**	52.350.664	**IP/Nº de contacto**	5960100
Correo electrónico contratista:	carolaviba@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 ?**		NO	
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		67984376895	
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:	2201050/2021			**Nº Compromiso SIIF**		**8821**	
Valor Total del Contrato	$ 30.550.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 1.430.000	**9**	**Del**	**01/10/2021**	**Al**	**11/10/2021**	**$ 1.430.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 0		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PROF, PARA IMPARTIR FORMACION PROFESIONAL, SEGÚN PROG ESTABLECIDA EN LOS NIVELES DE FORMACIÓN, Y SEGUNCOMPETENCIAS REQUERIDAS EN PROGRAMAS DE TITULADA/COMPLEMENTARIA, APLICANDO METODOLOGÍAS Y CRITERIOS TÉCNICOPEDAGÓGICOS

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 1.430.000		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	**$ 1.430.000**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 771.000**		**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	----------	**1040692997**	Valor Base retención en la fuente	771.000,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 908.526	$ 1.560.000	Valor Base retención en la fuente ICA	1.171.000,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 113.600	$ 195.000	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 145.400	$ 249.600	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL I	$ 4.800	$ 8.200	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 8299	11.312,00	0,966%
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -		-	0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.522.064	$ -		-	0,00	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.630.800	$ -		-	0,00	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta $ 1.161.856	$ 143.000		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 580.928	$ -				
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 257.000		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	**$ 1.418.688,00**	

SON: UN MILLÓN CUATROCIENTOS DIECIOCHO MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Formación profesional integral GRUPO 27TGGRPP: ORGANIZAR LA LOGÍSTICA: 8 horas x semana
Formación profesional integral GRUPO 1ETGGRPPNS: ASEGURAR LA CALIDAD: 12 horas x semana
Formación profesional integral GRUPO 102TGPID: PLANEAR: 10 horas x semana
Formación profesional integral GRUPO 102TGPID: CONTROLAR EL FLUJO: 10 horas x semana

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.

CAROLINA AVILA BARRETO
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,

CESAR AUGUSTO RAMOS BURGOS
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

FABIO HERNANDEZ RODRIGUEZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2021-09-30, 01:45:41 PM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	septiembre de 2021
Periodo de Cotización Para Salud	septiembre de 2021
Empresa	CAROLINA AVILA BARRETO
CEDULA CIUDADANIA	CC 52350664
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1040692997
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	1148008070
Banco	(1007) - BANCOLOMBIA
Valor	$ 462.200
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.0.19.58

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N800227940	231001	COLFONDOS	1	$ 249.600	$ 0
N830003564	EPS017	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR LIMITADA CAFAM-COLSUBSIDIO	1	$ 195.000	$ 0
N890903790	14-11	ARL SURA	1	$ 8.200	$ 0
N860007336	CCF22	CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR COLSUBSIDIO	1	$ 9.400	$ 0
		SubTotales:		$ 462.200	$ 0
		Total a Pagar:			$ 462.200

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

Comprobante

de pago en línea

SIMPLE OI

Pago realizado por: CAROLINA AVILA BARRETO

Nro. de recibo: 1040692997

Descripción del pago: Pago de Seguridad Social

Identificación del contribuyente: 10.0.19.58

Concepto: CC

Razón Social: 52350664

Fecha y hora de la transacción: Jueves 30 de Septiembre de 2021 01:48:23 PM

Nro. de comprobante: 0000065545

Valor pagado: $ 462,200.00

Cuenta: *******6895

Bancolombia S.A.

Comuníquese con nuestra Sucursal Telefónica Bancolombia: Bogotá 343 0000 - Medellín 510 9000 - Cali 554 0505 - Barranquilla 361 8888 - Cartagena 693 4400 - Bucaramanga 697 2525 - Pereira 340 1213 - El resto del país 01 800 09 12345 - Sucursales Telefónicas en el exterior: España 900 995 717 - Estados Unidos 1866 379 9714, en caso de recibir una alerta o notificación de una transacción que presenta alguna irregularidad.

Bancolombia nunca le solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 19 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.	**1014859252**	**Miguel Ángel Sarmiento Ávila**	**HIJO**
T.I.	**1014873499**	**Ángel David Sarmiento Ávila**	**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: Carolina Ávila Barreto

C.C. 52.350.664 de Bogotá D.C.

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1014859252

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 37434749

37434749

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número ☐☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código AB1

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

NOTARIA 52 BOGOTA DC COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA DC

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
SARMIENTO	AVILA

Nombre(s): MIGUEL ANGEL

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2005 Mes JUL Día 15	MASCULINO	O	+

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA DC

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	A6710119

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: AVILA BARRETO CAROLINA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 0052350664	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: SARMIENTO CASTRO WILLSON HERNANDO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 0011522193	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: SARMIENTO CASTRO WILLSON HERNANDO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CEDULA DE CIUDADANIA 0011522193	x

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 2005 Mes AGO Día 02	MARCO AU... PATIÑO

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

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

NOTARIA 52 DE BOGOTÁ D.C.
REGISTRO CIVIL

El presente registro es fotocopia auténtica tomada del original que reposa en nuestros archivos de Registro Civil de Nacimiento. Válido para acreditar parentesco
Se expide a solicitud de Willson Hernando Sarmiento

Bogotá D.C. 02 AGO. 2005

REPUBLICA DE COLOMBIA BOGOTA D.C. - NOTARIA 52 Secretario Delegado LAYO GOMEZ GIL

Scanned by TapScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1014873499

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 43883797

43883797

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 52 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A 3 H

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

********** COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. **********

Datos del Inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
SARMIENTO **********	AVILA **********

Nombre(s)

ANGEL DAVID **********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2009 Mes NOV Día 09	MASCULINO	O	POSITIVO

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

********** COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. **********

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO **********	10240481 - 1 **********

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: AVILA BARRETO CAROLINA **********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.No.52.350.664 **********	COLOMBIANA **********

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: SARMIENTO CASTRO WILLSON HERNANDO **********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.No.11.522.193 **********	COLOMBIANA **********

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: SARMIENTO CASTRO WILLSON HERNANDO **********

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C.No.11.522.193 **********	

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 NOV Día 17	GABRIEL URIBE ROLDAN Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

NOTARIA 52 DE BOGOTA, D.C.
REGISTRO CIVIL

El presente Registro es copia (fotocópia) auténtica tomada del original que reposa en nuestros archivos de Registro Civil de Nacimiento. Válido para acreditar parentesco.

Se expide a solicitud de Willson Sarmiento

Bogotá D.C 17 NOV. 2009

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Scanned by TapScanner

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
ENTREGA DE BIENES E INFORMACIÓN DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL POR EL CONTRATISTA

LUGAR:	CGI
FECHA:	Octubre 2021
REGIONAL:	DISTRITO CAPITAL

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS:	IDENTIFICACIÓN
CAROLINA ÁVILA BARRETO	C.C. No 52350664
DIRECCIÓN U OFICINA DONDE SE EJECUTÓ EL CONTRATO: CALLE 15 N° 31-42	
NÚMERO Y FECHA DE CONTRATO: CO1.PCCNTR.2201050 del 04 de febrero del año 2021	

CAUSAL DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO

LIQUIDACIÓN POR MUTUO ACUERDO	x	CESIÓN		LIQUIDACIÓN ANTICIPADA POR MUTUO ACUERDO		TERMINACIÓN UNILATERAL	

DEPENDENCIA SENA	Marcar con x	RESPONSABLES	
		NOMBRES	FIRMA
GESTIÓN DE TIC y LOGISTICA	X	**MAURICIO OCHOA OCHOA**	El Centro de formación con miras a mitigar los riesgos de contagio por aglomeraciones , dispuso la creación de un paz y salvo general el cual se enviara por correo electronico a el resposable de cada área , para que con su firma digital de el visto bueno, de los contratistas que se encuentran al día por todo concepto , evitando así la recolección de firmas de manera presencial. Cabe resaltar que el Paz y Salvo que nos envíen todas las áreas se anexara al Secop 2 , como soporte del presente documento (GTH-F-074 V.03 de Entrega de Bienes); permitiendo asi cumplir con los controles respectivos para la finalización de los procesos contractuales.
ADMINISTRACIÓN DE DOCUMENTOS	X	**RUTH BRIGETHE VARGAS MUÑOZ**	
ENTREGA CARNÉ (A Supervisor del Contrato en las Regionales y Centros de Formación) SECRETARÍA GENERAL	X	**CRISTIAN DAVID VELANDIA SASTRE**	
ALMACÉN E INVENTARIOS	X	**EMILIO PARADES LARA**	
CONTABILIDAD	X	**ZAMIR MOLANO**	
TESORERIA	X	**MIGUEL ANGEL LOPEZ QUIROGA**	
BIBLIOTECA	X	**JASSON ENRIQUE VALERO**	
SOFIA PLUS	X	**CARLOS ALBERTO GOMEZ VARGAS**	
APOYO A LA COORDINACIÓN ACADÉMICA SEDE D Y FIN DE SEMANA	X	**MIRYAN ELISABETH OCAÑA MORA**	
COORDINACIÓN ACADÉMICA	X	**CÉSAR AUGUSTO RAMOS BURGOS**	
SUPERVISOR DE CONTRATO	X	**CÉSAR AUGUSTO RAMOS BURGOS**	

ELEMENTOS FALTANTES U OBLIGACIONES PENDIENTES (Relacionar con su respectivo valor)

OTROS : _____

Firma del Contratista