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
CENTRO DE GESTIÓN AGROEMPRESARIAL DEL ORIENTE-SANTANDER
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	**954610**
Fecha Elaboración	**20 de Octubre de 2021**
Versión	**JUNIO 2021 - 3,21**
ID de Proceso	**50343-510603**
No. de documento	**251719**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	ELSA PATRICIA GOMEZ RIVERA	**C.C.**	63.355.433	**IP/Nº de contacto**	13211
Correo electrónico contratista:	epgomezr@misena.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:	BANCOLOMBIA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		49685417455	
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:	2231299/2021			**Nº Compromiso SIIF**		**6621**	
Valor Total del Contrato	$ 37.592.940	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 9.398.235	**9**	**Del**	**01/10/2021**	**Al**	**31/10/2021**	**$ 3.661.650,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 5.736.585		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA DESARROLLAR PROGRAMAS DE FORMACIÓN TITULADA EN ARTICULACIÓN CON LA EDUCACIÓN MEDIA EN EL ÁREA CONTABLE EN EL CENTRO DE GESTIÓN AGROEMPRESARIAL DEL ORIENTE.

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.661.650	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	**$ 3.661.650**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.158.489**	**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	----------	**21425562**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.464.660	$ 1.464.660
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 183.100	$ 183.100
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 234.400	$ 234.400
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 15.300	$ 15.300
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	$ 366.165	
Salud hasta $ 580.928	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 719.496	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.158.489,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.244.150,00	
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 - 8560	6.488,00	0,200%
-	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	**$ 3.655.162,00**	

SON: TRES MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL CIENTO SESENTA Y DOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

1. Impartir formación en las fichas 2075954, 2075956, 2276395, 2276437 de la I.E. CICA de Cimitarra, y la ficha 2075958 y 2276406 de la I.E. Universitario de Vélez, desarrollado la competencia Reconocer Recursos Financieros de acuerdo con Metodología y Normativa..
R.A Aplicar Herramientas Ofimáticas en el Registro de la Información Contable, según Políticas de la Organización.
Competencia Atender Clientes de acuerdo con Procedimiento de servicio y Normativa 160 H
2. realizar el proceso de evaluación en el aplicativo Sofia plus
3. participar en la socialización de la oferta educativa de este periodo.

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.

ELSA PATRICIA GOMEZ RIVERA
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 FERNANDO PALENCIA LOPEZ
INSTRUCTOR G10

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

MIGUEL ANDRE PARDO CEPEDA
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 63355433	0	ELSA PATRICIA GOMEZ RIVERA	I	0	POSITIVA - 14-23	ÚNICA	8560	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO		EMAIL			EXENTO DE PARAFISCALES
13-1	CRA 83B 36B 145 MANATI T10 APTO 104		3107515843		EPGOMEZR@MISENA.EDU.CO			N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERIODO PENSIÓN	PERIODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERES X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2021-09	2021-09	21425562	I	2021-10-21	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	432.800	0	BANCOLOMBIA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LIMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	21425562	2021-10-08	Pagada							

PAGADO

EMPLEADO					NOVEDADES																	DIAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN			Total	Exento de Parafiscales
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	EPST	AFPT	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot.	ARL	IBC	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.		
1	CC 63355433	GOMEZ RIVERA ELSA PATRICIA	1.464.660																	0			30	30	0	30	COLFONDOS-231001	1.464.660	234.400	0	0	COOMEVA EPS-EPS016	1.464.660	183.100	SIN CCF-SINCCF	0	0	1.464.660	15.300	0,01044	0	0	0	0	0	59	0	432.800	N

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 63355433	0	ELSA PATRICIA GOMEZ RIVERA	I	0	POSITIVA - 14-23	ÚNICA	8560	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO		EMAIL			EXENTO DE PARAFISCALES
13-1	CRA 83B 36B 145 MANATI T10 APTO 104		3107515843		EPGOMEZR@MISENA.EDU.CO			N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERIODO PENSIÓN	PERIODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERES X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2021-09	2021-09	21425562	I	2021-10-21	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	432.800	0	BANCOLOMBIA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LIMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	21425562	2021-10-08	Pagada							

TOTALES IBC				
IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
1.464.660	1.464.660	1.464.660	0	0

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 1)				1	234.400	0	0	0	234.400
COLFONDOS	231001	800227940	6	1	234.400	0	0	0	234.400
EPS(Administradoras: 1)				1	183.100	0	0	0	183.100
COOMEVA EPS	EPS016	805000427	1	1	183.100	0	0	0	183.100
ARP(Administradoras: 1)				1	15.300	0	0	0	15.300
POSITIVA	14-23	860011153	6	1	15.300	0	0	0	15.300
Gran Total					432.800	0	0	0	432.800

ASOPAGOS s.a.

PAGADO

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Vélez, 20 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:

C.C.	**1.003.173.629**	**KEYLA FERNANADA PALLARES GOMEZ**	**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: ELS PATRICIA GOMEZ RIVERA__

C.C. ____63.355.433_

REPÚBLICA DE COLOMBIA

Libertad y Orden

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CONTRASEÑA



PRIMERA VEZ CC
1.003.173.629

APELLIDOS / NOMBRES
PALLARES GOMEZ
KEYLA FERNANDA

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO
28-AGO-2003
CHIRIGUANA - CESAR

FECHA DE EXPEDICIÓN
15-SEP-2021

SEXO
FEMENINO

LUGAR DE PREPARACIÓN
CHIRIGUANA - CHIRIGUANA

OFICINA DE ENTREGA
CHIRIGUANA - CHIRIGUANA

- Escanee el código para verificar su autenticidad.
- El titular tendrá un plazo máximo de un (1) año para reclamar el documento a partir de la fecha de producción.

ESTE COMPROBANTE ES VÁLIDO HASTA EL 15-MAR-2022

8502911526
15-SEP-2021

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

NUIP H6K0300935

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 38468163

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código [ ]

Lugar - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE CHIRIGUANA COLOMBIA CESAR CHIRIGUANA

Datos del inscrito

Primer Apellido: PALLARES Segundo Apellido: GOMEZ

Nombre(s): KEYLA FERNANDA

Año 2009 Mes 04 Día 08 Hora del nacimiento: 0 4 : 0 0 Sexo: F

Lugar de nacimiento: COLOMBIA CESAR CHIRIGUANA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO

Número de identificación: A6188065

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: GOMEZ RIVERA ELSA PATRICIA

Documento de identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA 00633554

Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: PALLARES DIAZ LUIS ENRIQUE

Documento de identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA 00771053

Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: PALLARES DIAZ LUIS ENRIQUE

Documento de identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA 00771053

Luis E. Pallares

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 05 Día 05

Nombre y firma del funcionario que autoriza: MYRIAM PATRICIA QUIROZ PEYNADO

Reconocimiento paterno: Luis E. Pallares D.

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

ESTA ES FIEL Y AUTENTICA FOTOCOPIA TOMADA DE SU ORIGINAL, LA CUAL TUVE A LA VISTA, DADA EN CHIRIGUANA A LOS 25 DIAS DEL MES DE MAYO DE 2009.

MYRIAM PATRICIA QUIROZ PEYNADO
Registradora Municipal

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -