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 CHOCÓ
CENTRO DE RECURSOS NATURALES, INDUSTRIA Y BIODIVERSIDAD - SERVICIOS PRESTADOA A LA F
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	**27**
Código Centro	**952210**
Fecha Elaboración	**Octubre de 2021**
Versión	**JUNIO 2021 - 3,21**
ID de Proceso	**91045-460249**
No. de documento	**259421**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	JUDITH VALENCIA SALAS	**C.C.**	35.892.834	**IP/Nº de contacto**	3105487353
Correo electrónico contratista:	jvalencia438@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:	AV VILLAS	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		530069194	
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:	2265759/2021			**Nº Compromiso SIIF**		**9121**	
Valor Total del Contrato	$ 33.608.520	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 8.712.733	**9**	**Del**	**01/10/2021**	**Al**	**31/10/2021**	**$ 3.394.880,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 5.317.853		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	CONTRATAR LOS SERVICIOS DE CARÁCTER TEMPORAL DE INSTRUCTOR PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL EN LA MODALIDAD DE TITULADA PARA EJECUCIÓN DE LA FORMACIÓN EN LAS COMPETENCIAS BÁSICAS DE ESPAÑOL, DE MATEMÁTICAS, Y DE CIENCIAS NATURALES EN EL

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.394.880	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	**$ 3.394.880**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.001.219**	**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	----------	**21461416**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.357.952	$ 1.357.952
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 169.800	$ 169.800
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 217.300	$ 217.300
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 7.100	$ 7.100
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	$ 339.488	
Salud hasta $ 580.928	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 667.073	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.001.219,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.007.780,00	
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 - 8551	6.016,00	0,200%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Pro Utch	33.949,00	1,000%
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	**$ 3.354.915,00**	

SON: TRES MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS QUINCE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

En el mes de octubre se desarrollaron las siguientes actividades:
Consultas, talleres con los temas asignados en los diferentes programas.
Revision de cada unas de las actividades realizadas por los aprendices, en ambientes virtuales.
Desarrollando la siguiente temática:
Comunicación, signos de puntuación, la argumentación, y su aplicación en el contexto, signos de puntuación, redacción de textos.
La macroestructura textual,correcta escritura y lectura.
Lo anterior con el objetivo de mejorar la competencia básica de español.

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.

JUDITH VALENCIA SALAS
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,

PETRONA RENTERIA LUNA
INSTRUCTOR G19

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

JUAN CARLOS BLANCO CORDOBA
DIRECTOR REGIONAL CON FUNCIONES DE SUBDIRECTOR DE CENTRO

Hace constar:

Que el Sr(a) JUDITH VALENCIA SALAS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 35892834 el día 19/10/2021 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el SENA.

La presente constancia tiene validez al interior de la entidad, en la generación de una cultura institucional incluyente, como acción afirmativa para promover acciones integrales y accesibles para las Personas con Discapacidad, de acuerdo con lo contenido en la Resolución 1726 de 2014, mediante la cual el SENA adopta su Política Institucional para la atención de personas con discapacidad.

Dirección de Empleo y Trabajo - Secretaría General - SENA

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Quibdó, octubre de 2021

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Quibdó

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. TI	**1078458944** **1078461466**	**LOREN YISETH MORENO VALENCIA** **GABRIEL STIVEN MORENO VALENCIA**	**HIJO** **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,

Judith Valencia Salas
FIRMA

Nombre: JUDITH VALENCIA SALAS
C.C. 35892834 DE QUIBDO

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1078458944

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 40860187

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina julio 25/07

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 02 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 3411

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía

COLOMBIA CHOCO QUIBDO

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MORENO	VALENCIA

Nombre(s)

LOREN YISETH

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2007 Mes JUL Día 11	FEMENINO	"A"	POSITIVO

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

COLOMBIA CHOCO QUIBDO = CLINICA VIDA

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO	A 7570205

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

VALENCIA SALAS JUDITH

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. # 35.692.834 DE QUIBDO	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

MORENO MOSQUERA GABRIEL ANTONIO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. # 11.810.759 DE QUIBDO	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

MORENO MOSQUERA GABRIEL ANTONIO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. # 11.810.759 DE QUIBDO	Gabriel A. Moreno

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

X X X X X X

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
X X X X	X

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

X X X X X

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
X X X X X	

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2007 Mes JUL Día 25	BASILISA PALACIO G...
	Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

40860187

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

NUIP 1078461466

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 43678520

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Reforzado [ ] Notaría [X] Número 02 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** K9H

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

COLOMBIA - CHOCO - QUIBDO -

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MORENO	VALENCIA

Nombre(s)

GABRIEL STIVEN

Fecha de nacimiento			Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2010	Mes MAY	Día 15	Masculino	O	+

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

COLOMBIA - CHOCO - QUIBDO -

Tipo de documento antecedente o Declaración de Testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIMIENTO	5233707D-4

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

VALENCIA SALAS JUDITH

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C # 35.892.834 De QUIBDO	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

MORENO MOSQUERA GABRIEL ANTONIO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C # 11.810.759 De QUIBDO	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

MORENO MOSQUERA GABRIEL ANTONIO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C # 11.810.759 DE QUIBDO	Gabriel A Moreno M

Datos Primer testigo

Apellidos y nombres completos

XXXXXXXX XXXXXXX

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
# XXXXXXXXXXX DE XXXXXXXXXXXXXX	

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

XXXXXXXXXXXX

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
# XXXXXXXXX DE XXXXXXXXXXX	

Fecha de inscripción			Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2010	Mes MAY	Día 26	ROSA DEL CARMEN LEMOS LOZANO
			Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

* 4 3 6 7 8 5 2 C *