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 ADMINISTRATIVA-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	**940410**
Fecha Elaboración	**12 Noviembre de 2021**
Versión	**JUNIO 2021 - 3,21**
ID de Proceso	**16538-120342**
No. de documento	**272224**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	DORIS ORTIZ MONTAÑO	**C.C.**	51.772.196	**IP/Nº de contacto**	16098
Correo electrónico contratista:	dortizm@sena.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:	DAVIVIENDA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		516556438	
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:	2209258/2021			**Nº Compromiso SIIF**	**4621**	
Valor Total del Contrato	$ 41.080.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**			**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 6.110.000	**10**	**Del**	**01/11/2021**	**Al** 30/11/2021	**$ 3.900.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 2.210.000		Legalización comisiones del periodo		$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn 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

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.900.000		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	**$ 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

	Noviembre	Octubre			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**54627435**	Valor Base retención en la fuente	2.299.050,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.560.000	$ 1.560.000	Valor Base retención en la fuente ICA	3.455.400,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 195.000	$ 195.000	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 249.600	$ 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	$ 8.200	$ 8.200	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 8299	33.379,00	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	$ 390.000		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 580.928	$ -				
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 766.350		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		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

Atender la formación de aprendices en el área específica del respectivo programa de formación, en las fases o competencias establecida y programadas.
Orientar y apoyar a los aprendices en el desarrollo de proyectos formativos y/o productivos en las respectivas etapas de formación.
Garantizar la actualización de los contenidos y tecnologías, de las fases o Competencias en las cuales se desarrolla la formación de los aprendices
Así mismo, de acuerdo con el área de desempeño para la cual fue seleccionado deberá orientar la formación, para desarrollar en los aprendices las competencias del programa
Aplicar durante el periodo de duración del contrato, al proceso de certificación de competencias según normas de competencias que aplica a la función Instructor, así como a los procesos, que el SENA adelante para certificar habilidades pedagógicas.

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.

DORIS ORTIZ MONTAÑO
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,

DORA NELLY HERRERA HERNANDEZ
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

WAINE ANTONY TRIANA ALBIS
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): DORIS ORTIZ MONTANO
No. Identificación: CC51772196
Dirección: TRV 63 68 B 12 S
Telefono: 2544750
Correo: DOROMORT@HOTMAIL.COM
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 54627435

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	DORIS ORTIZ MONTANO	**Número de Empleados**	1
Tipo y número de identificación	CC51772196	**Periodo de Cotización Salud**	octubre de 2021
Número de planilla	54627435	**Periodo de Cotización Pensión**	octubre de 2021
Fecha pago	2021-11-11	**Número de Administradoras**	3
Número de autorización pago	1049259	**Total Pagado**	452800
Banco	1083	**Total Intereses de Mora**	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	8200	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	249600	1
EPS008	Compensar EPS	195000	1

54627435

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 51772196
APELLIDOS Y NOMBRES: DORIS ORTIZ MONTANO

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	25-14	1560000	1560000	1560000	0	195000	0	249600	0	8200	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Hace constar:

Que el Sr(a) DORIS ORTIZ MONTAÑO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 51772196 el día 11/11/2021 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

Bogotá D.C., 12 de noviembre 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.	**20.228.265**	**PAULINA MONTAÑO ARÉVALO**	**MADRE**

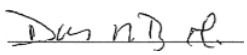
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Padre o hermano que se encuentra en situación de dependencia, por ingresos en el año menores a 260 UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.

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: Doris Ortiz Montaño

C.C. 51.772.196

NOTARIA CINCUENTA Y SIETE DEL CIRCULO DE BOGOTA
AV CALLE 45 A SUR No. 50 - 47 TEL: 7416233

ACTA DE DECLARACIÓN JURAMENTADA N° **2286**

DECLARACIÓN EXTRAPROCESO RENDIDA BAJO JURAMENTO DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN LOS DECRETOS 1557 Y 2282 DE 1.989.

En la ciudad de Bogotá, Distrito Capital, a 16 de Mayo de 2020, ante mi, **LEON GUILLERMO PICO MORA, NOTARIO CINCUENTA Y SIETE (57) DEL CIRCULO DE BOGOTA D.C., ENCARGADO,** compareció: **ORTIZ MONTAÑO DORIS ,** mayor de edad, identificado(a) con C.C. 51772196, de estado civil Divorciado(a) y ocupación independiente, con domicilio en la TV 63 # 68B-12 SUR, MZ 3 CS 91, TEL: 3214581014. Solicito al señor notario autorice la siguiente declaración la cual consigno bajo la gravedad de juramento en los siguientes términos:----------

---

PRIMERO: Que mis generales de ley son los anteriores.----------
SEGUNDO: Que estoy física y mentalmente capacitado (a) para rendir esta declaración la cual es cierta.-
TERCERO: Manifiesto bajo la gravedad de juramento que tengo bajo cargo y protección de mi madre MONTAÑO AREVALO PAULINA identificada con cédula de ciudadanía 20228265 de Bogotá, quien no está vinculada laboralmente con entidad pública o privada, no recibe ingresos de ninguna clase, no es pensionada, está dependiendo económicamente de mis ingresos y convivimos de manera permanente bajo el mismo techo.----------

No siendo otro objeto de la presente diligencia se termina y se firma en constancia y como prueba de lo anteriormente manifestado.----------

Esta **DECLARACION** será presentada con destino a: **QUIEN INTERESE.**
DERECHOS NOTARIALES: 13.600 IVA: 2.584 = 16.184

DECLARANTE (S),

Huella Índice Derecho



ORTIZ MONTAÑO DORIS
C.C. 51772196

LEON GUILLERMO PICO MORA
NOTARIO CINCUENTA Y SIETE (57) DEL CIRCULO DE BOGOTA D.C., ENCARGADO
(Resolución No. 3358 del 13 de Abril de 2020, de la S.N.R.)

Mery D.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 51.772.196
ORTIZ MONTAÑO

APELLIDOS
DORIS

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 05-ENE-1965
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

20-JUN-1983 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500100-00098102-F-0051772196-20081016 0004469714A 2 1680024942

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 20.228.265

MONTAÑO AREVALO

APELLIDOS

PAULINA

NOMBRES

NO FIRMA

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 28-JUN-1929

NEMOCON
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.53	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

18-DIC-1961 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500100-00098849-F-0020228265-20081016 0004494884A 1 1680024938