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 BOYACÁ
CENTRO INDUSTRIAL DE MANTENIMIENTO Y MANUFACTURA- BOYACA - SERVICIOS PRESTADOS A L
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	**15**
Código Centro	**951410**
Fecha Elaboración	**Noviembre de 2021**
Versión	**JUNIO 2021 - 3,21**
ID de Proceso	**45723-876814**
No. de documento	**273442**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	ANGIE PAOLA CHARÁ CELY	**C.C.**	1.052.399.372	**IP/Nº de contacto**	3204948135
Correo electrónico contratista:	acharac@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 ?**		NO	
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		26285524465	
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:	2237854/2021			**Nº Compromiso SIIF**		**5221**	
Valor Total del Contrato	$ 38.212.533	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 5.831.133	**10**	**Del**	**01/11/2021**	**Al**	**30/11/2021**	**$ 3.722.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 2.109.133		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

Prestar servicios personales de carácter temporal para planear y orientar la formación profesional integral que imparte el Centro Industrial de Mantenimiento y Manufactura en los programas de formación Titulada Regular o Complementaria en el area de MECATRÓNICA, de acuerdo con el modelo pedagógico, la programación establecida, los lineamientos del programa y la normatividad

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.722.000		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	**$ 3.722.000**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.194.050**		**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	----------	**4415617551**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.488.800	$ 1.488.800
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 186.100	$ 186.100
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 238.300	$ 238.300
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL III	$ 36.300	$ 36.300
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	$ 372.200	
Salud hasta $ 580.928	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 731.350	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.194.050,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.297.600,00	
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	0,00	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	**$ 3.722.000,00**	

SON: TRES MILLONES SETECIENTOS VEINTIDOS MIL PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DEL 01 AL 30 DE NOVIEMBRE DE 2021 según objeto de contrato de prestación de servicio
Código de fichas: 2395502 - 2185882
Total horas de actividades académicas:160
Total horas actividades adicionales:0
Total horas mes:160

Todas las actividades están registradas en el sistema SOFIA PLUS en el periodo correspondiente

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.

ANGIE PAOLA CHARÁ CELY
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,

JOSE HERNANDO HERRERA MENDOZA
INSTRUCTOR

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

JOSE MARIA GOMEZ RODRIGUEZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1052399372
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ANGIE PAOLA CHARA CELY
CIUDAD/MUNICIPIO:	DUITAMA	DEPARTAMENTO:	BOYACA
DIRECCIÓN:	TRAV 37 16-180	TELÉFONO:	1111111
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**4415617551**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES octubre	AÑO 2021	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES octubre	AÑO 2021
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2021/11/08	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9997448891

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 238.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 238.300	$ 0	$ 238.300
SUBTOTALES:										**$ 238.300**	**$ 0**	**$ 238.300**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS017	EPS017-FAMISANAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 186.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 186.100	$ 0	$ 0	$ 186.100
SUBTOTALES:													**$ 186.100**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 186.100**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 36.300	$ 36.300	$ 0	$ 0	$ 36.300
SUBTOTALES:									**$ 36.300**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 36.300**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																	SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES						
																										PENSIÓN								SALUD							ARP														
																													FSP		APORTES VOLUNTARIOS																								
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF	ADMIN	TOTAL APORTE	SENA	TOTAL APORTE	ICBF	TOTAL APORTE	ESAP	TOTAL APORTE	MINEDU	TOTAL APORTE
1	CC 1052399372	CHARA CELY ANGIE PAOLA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.488.800				NO																	230301-PORVENIR	30	$ 1.488.800	$ 238.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 238.300	EPS017-FAMISANAR	30	$ 1.488.800	$ 186.100	$ 0	$ 186.100	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.488.800	105239937	$ 36.300		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL **$ 460.700**

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Bogotá, 16 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 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:

NUIP - NIP	**1052847084**	**Luciana Manquillo Chará**	**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: Angie Paola Chará Cely

C.C. 1052399372 Duitama

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1052847084

Indicativo Serial 59757041

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
	X					D Y X

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

COLOMBIA - BOYACA - DUITAMA - NOTARIA 1 DUITAMA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MANQUILLO	CHARA

Nombre(s)

LUCIANA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2020 Mes SEP Día 10	FEMENINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA - BOYACA - DUITAMA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	16017250-0

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

CHARA CELY ANGIE PAOLA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1052399372	COLOMBIA

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

MANQUILLO ZUÑIGA URIEL ALBERTO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1061687354	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

CHARA CELY ANGIE PAOLA

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 1052399372	

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 2020 Mes SE Día 14

Nombre y firma del funcionario que autoriza

RAQUEL CECILIA OYUELA PARAMO

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

RAQUEL CECILIA OYUELA PARAMO

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

OTRO: LIBRO DE VARIOS TOMO 74 FOLIO 293; 14/09/2020

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

THOMAS GREG & SONS.

Scanned by TapScanner

SEGÚN CIRCULAR NUMERO 037 DEL 27-03-2020 EXPEDIDA POR LA REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL NO SE IMPRIMEN HUELLAS PLANTARES DEL INSCRITO.

RAQUEL CECILIA OYUELA PARAMO
NOTARIA PRIMERA.

REPÚBLICA DE COLOMBIA NOTARIA PRIMERA DUITAMA BOY.

SNR SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO & REGISTRO

NOTARIA PRIMERA DE DUITAMA

COPIA DE REGISTRO CIVIL

La Notaria Primera del Círculo de Duitama **CERTIFICA** que el presente documento o reproducción, es una **COPIA AUTENTICA** tomada del **ORIGINAL** que reposa en ésta Notaría. Tomo/Serial **59757041**

Se expide y autoriza para: **PRIMERA COPIS SIN COSTO.**

Duitama, 14/09/2020 11:44:10 a.m.

RAQUEL CECILIA OYUELA PARAMO
Notaria Primera

REPUBLICA DE COLOMBIA DEPARTAMENTO DE BOYACA Raquel Cecilia Oyuela Páramo NOTARIA PRIMERA DUITAMA

Expidió: Geoging Martínez Rodríguez

EN BLANCO

ESPACIO

Scanned by TapScanner