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 VALLE
DESPACHO REGIONAL-EMPRENDIMIENTO
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	**76**
Código Centro	**101076**
Fecha Elaboración	**Noviembre de 2021**
Versión	**JUNIO 2021 - 3,21**
ID de Proceso	**85922-981580**
No. de documento	**276281**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	LEIDDY DIANA MOLANO CAICEDO	**C.C.**	1.130.608.941	**IP/Nº de contacto**	0
Correo electrónico contratista:	ldmolano@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**	82983766052		
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:	2647210/2021			**Nº Compromiso SIIF**	**60221**		
Valor Total del Contrato	$ 24.709.013	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 8.569.600	**5**	**Del**	**01/11/2021**	**Al**	**30/11/2021**	**$ 4.284.800,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 4.284.800		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO A LOS USUARIOS DE LOS CENTROS DE DESARROLLO EMPRESARIAL PARA LA GESTIÓN Y CUMPLIMIENTO DE LAS METAS E INDICADORES ASIGNADOS DE ACUERDO LOS LINEAMIENTOS EMITIDOS POR EL SENA

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.284.800		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	7,60%
			Retencion en la Fuente del Periodo	$ 432.548
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 4.284.800			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 8.569.600**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 5.694.300**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 432.548**

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR

	Noviembre	**Octubre**			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**9426190089**	Valor Base retención en la fuente	5.694.300,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.713.920	$ 1.713.920	Valor Base retención en la fuente ICA	3.796.200,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 214.300	$ 214.300	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 274.300	$ 274.300	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0	Menos Retención en la Fuente	432.548,00	7,60%
ARL I	$ 9.000	$ 9.000	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 8299	22.777,00	0,600%
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	$ 274.300		Pro-UCEVA	21.424,00	0,500%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 214.300		Universidad del Pacífico	21.424,00	0,500%
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 9.000		Pro-Hospital	42.848,00	1,000%
Dependientes hasta $ 1.161.856	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 580.928	$ -		Descuentos de Libranza	0,00	
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 1.898.100		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		**VALOR A PAGAR**	**$ 3.743.779,00**	

SON: TRES MILLONES SETECIENTOS CUARENTA Y TRES MIL SETECIENTOS SETENTA Y NUEVE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se realizo orientacion a mujeres emprendedoras en el marco de la Oficina territorial pacifico para dar a conocer la ruta de emprendim
Se realizó jornada de seguimiento a las metas individuales para el mes. Realizando retroalimentación por parte sel lider
Se cumplio con el 100% de las metas asignadas en empresa Off, y con las empresas en fortalecimiento
Se consigno la información en el aplicativo por parte de la profesional de apoyo administrativo.
Se participo en las jornadas de Orientacion, talleres y reuniones designadas por el SBDC valle
Se realizo Asesorias para formalización de empresas OFF logrando formalizar 2 emprendedoras más.
Estoy trabajando con 5 empresas que van a participar en la convocatoria cerrada del Fondo emprender.
Se esta realizando Asesoria a emprendedores que requieren Fortalecimiento empresarial:, se llevan en total 4 empresarios en fortaleci
Se realizo asesoría de fortalecimiento a las empresas que estén en el programa, se realizó reunión de seguimiento Administrativo SBDC

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.

LEIDDY DIANA MOLANO CAICEDO
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,

MAURICIO GOMEZ BETANCOURTH
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

FERNANDO JOSE MURIEL ANDRADE
DIRECTOR REGIONAL

aportes en línea

Comprobante de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono
CC 1130608941		MOLANO CAICEDO LEIDDY DIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA55CN4-33BARRIOLOSLAURELES	BUENAVENTURA-VALLE	2404765

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION			
Periodo Pensión	2021-10	Periodo Salud	2021-10
Fecha límite de pago	2021/11/10	Fecha de pago	2021/11/16
Dias de mora	0	Tasa de mora	26.16%

TOTALES	
Valor a pagar	$488,600
Intereses de mora	$0
Saldos e incapacidades	$0
Valor total	$488,600

DATOS DE LA TRANSACCIÓN	
Clave planilla	9426190089
Clave de pago	26190089
Banco	BANCO AV VILLAS

2021/11/16 05:01 PM

Escaneado con CamScanner

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1130608941		MOLANO CAICEDO LEIDDY DIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA55CN4-33BARRIOLOSLAURELES	BUENAVENTURA-VALLE	2404765	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-10	2021-10	261900089	94261900089	I	2021/11/10	2021/11/16	BANCO AV VILLAS	0	$488,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
1	CC	1130608941	MOLANO LEIDDY	230301	30	$1,714,000	$274,300	EPS018	30	$1,714,000	$214,300		0	$0	$0		0	$0	$0	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,714,000	$274,300			$1,714,000	$214,300			$0	$0			$0	$0		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$274,300	$0	$0	$274,300
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$274,300	$0	$0	$274,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$214,300	$0	$0	$214,300
S.O.S. SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.	EPS018	805,001,157	2	1	$214,300	$0	$0	$214,300
TOTAL				**1**	**$488,600**	**$0**	**$0**	**$488,600**

2021/11/16 05:01 PM

Escaneado con CamScanner