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 GUAVIARE
CENTRO DE DESARROLLO AGROINDUSTR, TURISTICO Y TECNOLOG DEL GUAVIARE- SERVCIOS PRE
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	**95**
Código Centro	**953310**
Fecha Elaboración	**Noviembre de 2021**
Versión	**JUNIO 2021 - 3,21**
ID de Proceso	**61377-752641**
No. de documento	**271986**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	SILVINA ADRIANA VASQUEZ PRADA	**C.C.**	65.738.164	**IP/Nº de contacto**	3014165410
Correo electrónico contratista:	adrianavp@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 ?**		SI	
Banco al cual consignar:	BANCO CAJA SOCIAL	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		24025005543	
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:	2209071/2021			**Nº Compromiso SIIF**		**5821**	
Valor Total del Contrato	$ 42.095.594	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 6.434.996	**10**	**Del**	**01/11/2021**	**Al**	**30/11/2021**	**$ 4.021.872,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 2.413.124		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INS-TRUCTOR, PARA ORIENTAR PROCESOS DE FORMACIÓN VIRTUAL EN EL ÁREA DE CONTABILIAD, FINANZAS Y PROGRAMAS COMPLEMENTARIOS QUE IMPARTE EL CDATTG. SEGÚN RADICADO N. 9-2021-000255.

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.021.872	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	**$ 4.021.872**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.370.889**	**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	----------	**9426397533**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.608.749	$ 1.608.749
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 201.100	$ 201.100
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 257.400	$ 257.400
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 8.400	$ 8.400
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	$ 402.187	
Salud hasta $ 580.928	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 790.296	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.370.889,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.563.372,00	
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 - 8299	0,00	0,000%
-	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	**$ 4.021.872,00**	

SON: CUATRO MILLONES VEINTIUNO MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y DOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Durante el mes de Noviembre realicé las siguientes actividades en desarrollo del contrato No CO1.PCCNTR.2209071
Para este mes se trabajo con las fichas de complementaria:

1.BÁSICO DE CONTABILIDAD COSTOS Y PRESUPUESTOS ID 2429430-2429434
2.MARKETING DIGITAL ID 2447724-2447728
3.MERCADEO Y VENTAS

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.

SILVINA ADRIANA VASQUEZ PRADA
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,

EDGAR AUGUSTO BRAGA SILVA
PROFESIONAL G02

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

LUZ PIEDAD ECHEVERRY QUICENO
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02

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 65738164		VASQUEZ PRADA SILVINA ADRIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KR 5 #77A-34	IBAGUE-TOLIMA	2672202	Si

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	1194802186	9426397533	I	2021/11/17	2021/11/08	BANCO CAJA SOCIAL	0	$467,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,609,000	$257,500			$1,609,000	$201,200			$0	$0			$1,609,000	$8,400		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,609,000	$257,500			$1,609,000	$201,200			$0	$0			$1,609,000	$8,400		$0	$0
Ciudad: IBAGUE Depto: TOLIMA (1 Afiliados)					$1,609,000	$257,500			$1,609,000	$201,200			$0	$0			$1,609,000	$8,400		$0	$0
1	CC 65738164	VASQUEZ SILVINA	25-14	30	$1,609,000	$257,500	EPS005	30	$1,609,000	$201,200		0	$0	$0	14-23	30	$1,609,000	$8,400	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,609,000	$257,500			$1,609,000	$201,200			$0	$0			$1,609,000	$8,400		$0	$0

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 65738164		VASQUEZ PRADA SILVINA ADRIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KR 5 #77A-34	IBAGUE-TOLIMA	2672202	Si

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	1194802186	9426397533	I	2021/11/17	2021/11/08	BANCO CAJA SOCIAL	0	$467,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$257,500	$0	$0	$257,500
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$257,500	$0	$0	$257,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$8,400	$0	$0	$8,400
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$8,400	$0	$0	$8,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$201,200	$0	$0	$201,200
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$201,200	$0	$0	$201,200
TOTAL				1	$467,100	$0	$0	$467,100

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

San Jose del Guaviare,17 de noviembre de 2021

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
San José del Guaviare

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:

NUIP - NIP	**1.107.975.449**	**PAULA SOFIA RODRIGUEZ VASQUEZ**	**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: SILVINA ADRIANA VASQUEZ PRADA

C.C. 65.738.164 DE IBAGUE

30

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

*8810665*3*

NUIP 1107975449

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 35661088

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 06 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código T 6 B

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA - TOLIMA - IBAGUE

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
RODRIGUEZ	VASQUEZ

Nombre(s): PAULA SOFIA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2004 Mes DIC Día 11	FEMENINO	A	Negativo

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

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO Y TESTIGOS	A 5673827

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: VASQUEZ - PRADA - SILVINA ADRIANA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC.No.65.738.164 DE IBAGUE - TOLIMA	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: RODRIGUEZ - PULIDO - GERMAN RODOLFO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC.No.93.381.738 DE IBAGUE - TOLIMA	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: RODRIGUEZ - PULIDO - GERMAN RODOLFO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC.No.93.381.738 DE IBAGUE - TOLIMA	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos: RODRIGUEZ - BONILLA - RODOLFO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC.No.5.807.880 DE IBAGUE	

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos: CASTELBLANCO - DE CUBIDES - MARIA AZUCENA

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC.No.28.975.200 DE VENADILLO - TOLIMA	

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2005 Mes ENE Día 15	ALBERTO MORENO ROJAS

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	Nombre y Firma

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Scanned by CamScanner