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 CASANARE
C AGROINDUSTRIAL Y FORTALECIMIENTO EMPRESARIAL DE CASANARE - INTEGRACION CON LA ME
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	**85**
Código Centro	**951910**
Fecha Elaboración	**Diciembre de 2021**
Versión	**JUNIO 2021 - 3,21**
ID de Proceso	**57642-157446**
No. de documento	**294803**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	ANA MILENA ORTIZ MATIZ	**C.C.**	46.381.430	**IP/Nº de contacto**	6356019
Correo electrónico contratista:	anamileortiz@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:	BANCOLOMBIA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**	36041895149
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:	2218644/2021			**Nº Compromiso SIIF**		**13721**	
Valor Total del Contrato	$ 39.681.785	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 5.308.600	**10**	**Del**	**01/11/2021**	**Al**	**30/11/2021**	**$ 3.981.450,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 1.327.150		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL, POR PERIODOS FIJOS DE 160 HORAS MES O PROPORCIONAL A LAS HORAS EJECUTADAS COMO INSTRUCTOR DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL Y /O ACOMPAÑAMIENTO TECNICO PEDAGOGICO EN LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS ARTICULADAS EN LA EDUCACIÓN MEDIA

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.981.450		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	**$ 3.981.450**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.346.979**		**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	----------	**4415993839**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.592.580	$ 1.592.580
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 199.100	$ 199.100
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 254.900	$ 254.900
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 16.700	$ 16.700
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	$ 398.145	
Salud hasta $ 580.928	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 782.326	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.346.979,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.527.450,00	
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	27.870,00	0,700%
-	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	**$ 3.953.580,00**	

SON: TRES MILLONES NOVECIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL QUINIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

FICHAS GRADO 11 PROGRAMA OPERACIÓN TURISTICA LOCAL
SE HIZO ACOPAÑAMIENTO A PROGRAMAS DE FORMACIÓN, DONDE SE REALIZÓ SEGUIMIENTO A ETA PRODUCTIVA, EVALUACION Y REVISION DE BITACORAS, RE REVISIÓN DE PROYECTOS FORMATIVOS, CORRECCIÓN A PROYECTOS,SE ASISTIÓ A SUSTENTACIÓN DE PROYECTOS, SE REALIZÓ EVALUACIÓN DE JUICIOS EN PLATAFORMA SOFIA PLUS

FICHAS	GRADO	I.E.	PROGRAMA
2250858	10	TAMARA	OPERACIÓN TURISTICA LOCAL, SE EVALUÓ JUICIOS, SE VIO COMPETENCIA DE 'DISEÑAR PAQUETES TURÍSTICOS
2260265	10	J.J.R	OPERACIÓN TURISTICA LOCAL, SE EVALUÓ JUICIOS, SE VIO COMPETENCIA DE 'DISEÑAR PAQUETES TURÍSTICOS
2260377	10	R.U.U.	OPERACION DE EVENTOS, SE VIO LA COMPETENCIA DE REALIZAR PROCESOS BSIO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVIC

HORAS EJECUTADAS EN EL MES 160

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.

ANA MILENA ORTIZ MATIZ
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,

EDWIN ALONSO QUINTERO
INSTRUCTOR G11

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

ORLANDO ARIZA ARIZA
DIRECTOR REGIONAL (E)

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	46381430
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ANA MILENA ORTIZ MATIZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	YOPAL	DEPARTAMENTO:	CASANARE
DIRECCIÓN:	KM 7 VIA MORICHAL	TELÉFONO:	2222222
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:		**4415993839**	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):		2021/11/12	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9997519409

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	$ 254.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 254.900	$ 0	$ 254.900
SUBTOTALES:										**$ 254.900**	**$ 0**	**$ 254.900**

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
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 199.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 199.100	$ 0	$ 0	$ 199.100
SUBTOTALES:													**$ 199.100**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 199.100**

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	$ 16.700	$ 16.700	$ 0	$ 0	$ 16.700
SUBTOTALES:									**$ 16.700**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 16.700**

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		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
																																																				ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 46381430	ORTIZ MATIZ ANA MILENA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.592.580				NO																		230301-PORVENIR	30	$ 1.592.580	$ 254.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 254.900	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.592.580	$ 199.100	$ 0	$ 199.100	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.592.580	46381430	$ 16.700		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 470.700**

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Yopal, 30 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:

NUIP - NIP	**1058353671**	**CRISTHIAN ANDRES HIGUERA ORTIZ**	**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 dela 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,

Ana Milena Ortiz Matiz
FIRMA

Nombre: ANA MILENA ORTIZ MATIZ

C.C. 46.381.430 **85470-497744**

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

NUIP 1058353671

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 42116572

— ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO —

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 02 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 1842

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía: COLOMBIA / BOYACA / SOGAMOSO

Datos del inscrito

Primer Apellido: HIGUERA
Segundo Apellido: ORTIZ
Nombre(s): CRISTHIAN ANDRES
Sexo (en letras): MASCULINO
Grupo Sanguíneo: O
Factor RH: POSITIVO
Fecha de nacimiento: Año 2007 Mes FEB Día 28
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA / BOYACA / SOGAMOSO

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos: ESCRITURA PUBLICA
Número certificado de nacido vivo:

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: ORTIZ MATIZ ANA MILENA
Nacionalidad: COLOMBIANA
Documento de identificación (Clase y número): C.C.NO. 46.381.430 SOGAMOSO

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: HIGUERA VARGAS JUAN CARLOS
Nacionalidad: COLOMBIANA
Documento de identificación (Clase y número): C.C.NO. 74.183.166 SOGAMOSO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: HIGUERA VARGAS JUAN CARLOS
Firma: 74183166
Documento de identificación (Clase y número): C.C.NO. 74.183.166 SOGAMOSO

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos: XXXXXXXXXXXXXXX
Firma: NO PUDO FIRMAR
Documento de identificación (Clase y número):

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos: XXXXXXXXXXX
Firma:
Documento de identificación (Clase y número):

Fecha de inscripción

Año 2010 Mes JUL Día 26

Nombre y firma del funcionario que autoriza: ROSALIA CAMARGO PALACIOS
Nombre y firma

REPUBLICA DE COLOMBIA — Rosalia Camargo Palacios — NOTARIA SEGUNDA SOGAMOSO BOY.

Reconocimiento paterno

Firma:

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Nombre y Firma

ESPACIO PARA NOTAS

SUSTITUYE AL FOLIO 40007402 DEL 20 MAR 2007 MEDIANTE E.P. 1833 DEL 26 JUL 2010 NOTARIA 2DA. SOGAMOSO. CAMBIO DE NOMBRE. L.V. 090 TOMO 63.

Escaneado con CamScanner