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
CENTRO AGROINDUSTRIAL Y FORTALECIMIENTO EMPRESARIAL DE CASANARE - SERVICIOS PREST
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	**14770-728177**
No. de documento	**293194**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	REINA CECILIA VIANA PADILLA	**C.C.**	33.104.945	**IP/Nº de contacto**	84849
Correo electrónico contratista:	rcviana@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:	DAVIVIENDA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		58070023633	
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:	2257740/2021			**Nº Compromiso SIIF**	**16021**	
Valor Total del Contrato	$ 39.390.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**			**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 6.240.000	**10**	**Del**	**01/11/2021**	**Al**	**30/11/2021**	**$ 3.900.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 2.340.000		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL, POR PERIODOS FIJOS CON EJECUCIÓN DE 160 HORAS AL MES O PROPORCIONAL A LAS HORAS EJECUTADAS COMO INSTRUCTOR DE FORMACIÓN VIRTUAL COMPLEMENTARIA Y/O FORMACIÓN TITULADA, EN LA OFERTA REGULAR DEL CENTRO, APLICANDO EL MODELO PEDAGÓGICO ESTABLECIDO POR

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	----------	**9426218578**	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	27.300,00	0,700%
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	**$ 3.872.700,00**	

SON: TRES MILLONES OCHOCIENTOS SETENTA Y DOS MIL SETECIENTOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

2418440 - ENGLISH DOT WORKS 1 2418439 - ENGLISH DOT WORKS 1 2418438 - ENGLISH DOT WORKS Beg 2418437 - ENGLISH DOT WORKS Beg
2142967 -GESTION CONTABLE Y FINANCIERA 2281952- PATRONAJE INDUSTRIAL DE PRENDAS DE VESTIR
2392271- PRODUCCION DE MULTIMEDIA 2374687-PRODUCCION DE MULTIMEDIA 2278579- ELABORACION DE PRENDAS DE VESTIR SOBRE MEDIDAS

Cumplir con los lineamientos de orientación del desempeño del instructor en ambientes virtuales de aprendizaje
Atender la formación de aprendices en el área de inglés
Establecer la ruta de aprendizaje en Sofía Plus de acuerdo con la programación e intensidad horaria
Asociar aprendices en el aplicativo institucional dispuesto para ello
Total horas 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.

REINA CECILIA VIANA PADILLA
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)

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 33104945		VIANA PADILLA REINA CECILIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 20 No 28a 15 int 2	YOPAL-CASANARE	6348345	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	1197472409	9426218578	I	2021/11/11	2021/11/09	BANCO DAVIVIENDA	0	$454,100

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)					$1,564,040	$250,300			$1,564,040	$195,600			$0	$0			$1,564,040	$8,200		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,564,040	$250,300			$1,564,040	$195,600			$0	$0			$1,564,040	$8,200		$0	$0
Ciudad: YOPAL Depto: CASANARE (1 Afiliados)					$1,564,040	$250,300			$1,564,040	$195,600			$0	$0			$1,564,040	$8,200		$0	$0
1	CC 33104945	VIANA REINA	25-14	30	$1,564,040	$250,300	EPS005	30	$1,564,040	$195,600		0	$0	$0	14-23	30	$1,564,040	$8,200	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,564,040	$250,300			$1,564,040	$195,600			$0	$0			$1,564,040	$8,200		$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 33104945		VIANA PADILLA REINA CECILIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 20 No 28a 15 int 2	YOPAL-CASANARE	6348345	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	1197472409	9426218578	I	2021/11/11	2021/11/09	BANCO DAVIVIENDA	0	$454,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$250,300	$0	$0	$250,300
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$250,300	$0	$0	$250,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$8,200	$0	$0	$8,200
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$8,200	$0	$0	$8,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$195,600	$0	$0	$195,600
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$195,600	$0	$0	$195,600
TOTAL				1	$454,100	$0	$0	$454,100

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Yopal, Noviembre 30, 2021
Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Yopal

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	**1011254754**	**Savannah Ruiz Viana**	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: __REINA CECILIA VIANA PADILLA

C.C. __33.104.945

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1011254754

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 59828997

- 59828997 -

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 50 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código [ ]

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
RUIZ	VIANA

Nombre(s)

SAVANNAH

Fecha de nacimiento			Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2018	Mes DIC	Día 05	FEMENINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA-CUNDINAMARCA-BOGOTA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	15037407-6

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

Apellidos y nombres completos

VIANA PADILLA REINA CECILIA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 33104945	COLOMBIANA

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

Apellidos y nombres completos

RUIZ SILVA ARLAN GIOVANNI

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 74184400	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

RUIZ SILVA ARLAN GIOVANNI

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
C.C. 74184400	

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)

Fecha de Inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2018 Mes DIC Día 07	GABRIEL URIBE ROLDAN Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

NOTARIA 50 DE BOGOTA, D.C.
REGISTRO CIVIL
El presente Registro es copia(fotocopia) auténtica tomada del original que reposa en nuestros archivos de Registro Civil de Nacimiento Válido para acreditar parentesco
Se expide a solicitud de Arlan Giovanni Ruiz
Bogotá D.C. 10 DIC. 2018

JULIO S. GARCIA MONTES
SECRETARIO DELEGADO

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -