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
CENTRO DE DISEÑO TECNOLOGICO INDUSTRIAL-VALLE - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION
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	**922910**
Fecha Elaboración	**Noviembre de 2021**
Versión	**JUNIO 2021 - 3,21**
ID de Proceso	**11825-588205**
No. de documento	**266311**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	LUZ ANGELA QUIJANO VIDAL	**C.C.**	1.061.701.881	**IP/Nº de contacto**	0
Correo electrónico contratista:	laquijano1@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 BBVA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		0721517258	
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:	2839558/2021			**Nº Compromiso SIIF**		**61521**	
Valor Total del Contrato	$ 11.570.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 6.240.000	**3**	**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)

Prestación temporal de servicios profesionales como instructor para impartir formación profesional, ejecutando las acciones de formación para el programa oferta regular 2021, en el Centro de Diseño Tecnológico Industrial, ANALISIS Y DESARROLLO DE SISTEMAS DE INFORMACION PRESENCIAL Y VIRTUAL

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.900.000	Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°		7,88%
		Retencion en la Fuente del Periodo		$ 454.997
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 5.330.000			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 9.230.000**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 5.774.475**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**		**$ 454.997**

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

	Noviembre	**Octubre**
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**9426268718, 94**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.560.000	$ 1.560.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 195.000	$ 195.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 249.600	$ 249.600
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL III	$ 38.100	$ 38.100
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	$ 91.600	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 71.500	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 14.000	
Dependientes hasta $ 1.161.856	$ 923.000	
Salud hasta $ 580.928	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 1.924.825	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	5.774.475,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.455.400,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	454.997,00	7,88%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299	0,00	0,000%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Pro-UCEVA	19.500,00	0,500%
Universidad del Pacífico	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	**$ 3.425.503,00**	

SON: TRES MILLONES CUATROCIENTOS VEINTICINCO MIL QUINIENTOS TRES PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

ADSI-2282263 actividades respectivas para presentar AP05-AA6-EV04. ELABORACIÓN DE CLÁUSULAS TÉCNICAS PARA CONTRATACIÓN
ADSI-2282321 actividades respectivas para presentar AP05-AA6-EV04. ELABORACIÓN DE CLÁUSULAS TÉCNICAS PARA CONTRATACIÓN
ADSI-2281623 actividades respectivas para presentar AP05-AA6-EV04. ELABORACIÓN DE CLÁUSULAS TÉCNICAS PARA CONTRATACIÓN
ADSI-2282205 actividades respectivas para presentar AP05-AA6-EV04. ELABORACIÓN DE CLÁUSULAS TÉCNICAS PARA CONTRATACIÓN

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.

LUZ ANGELA QUIJANO VIDAL
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,

ANA LUCIA VELA VILLAMIL
COORDINADORA ACADÉMICA

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

ALEX AMED VALENCIA ROJAS
SUBDIRECTOR CDTI

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 1061701881		QUIJANO VIDAL LUZ ANGELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cr 10 a # 11 35	CALI-VALLE	8221956	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	52399373	9425292684	I	2021/11/19	2021/10/14	BANCO DE OCCIDENTE	0	$359,900

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)					$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$1,160,000	$23,200			$1,160,000	$6,100		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$1,160,000	$23,200			$1,160,000	$6,100		$0	$0
Ciudad: CALI Depto: VALLE (1 Afiliados)					$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$1,160,000	$23,200			$1,160,000	$6,100		$0	$0
1	CC 1061701881	QUIJANO LUZ	230301	30	$1,160,000	$185,600	EPS005	30	$1,160,000	$145,000	CCF56	30	$1,160,000	$23,200	14-23	30	$1,160,000	$6,100	30	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$1,160,000	$23,200			$1,160,000	$6,100		$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 1061701881		QUIJANO VIDAL LUZ ANGELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cr 10 a # 11 35	CALI-VALLE	8221956	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	52399373	9425292684	I	2021/11/19	2021/10/14	BANCO DE OCCIDENTE	0	$359,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$185,600	$0	$0	$185,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$185,600	$0	$0	$185,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,100	$0	$0	$6,100
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$6,100	$0	$0	$6,100
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$23,200	$0	$0	$23,200
COMFENALCO VALLE	CCF56	890,303,093	5	1	$23,200	$0	$0	$23,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$145,000	$0	$0	$145,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$145,000	$0	$0	$145,000
TOTAL				1	$359,900	$0	$0	$359,900

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 1061701881		QUIJANO VIDAL LUZ ANGELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cr 10 a # 11 35	CALI-VALLE	8221956	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	1177753983	9426257007	N	2021/11/19	2021/10/25	NEQUI	0	$131,800

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)					$400,000	$64,000			$400,000	$50,000			$400,000	$8,000			$400,000	$9,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$400,000	$64,000			$400,000	$50,000			$400,000	$8,000			$400,000	$9,800		$0	$0
Ciudad: CALI Depto: VALLE (1 Afiliados)					$400,000	$64,000			$400,000	$50,000			$400,000	$8,000			$400,000	$9,800		$0	$0
1	CC	1061701881 QUIJANO LUZ	230301	30	($1,160,000)	($185,600)	EPS005	30	($1,160,000)	($145,000)	CCF56	30	($1,160,000)	($23,200)	14-23	30	($1,160,000)	($28,300)	30	$0	$0
2	CC	1061701881 QUIJANO LUZ	230301	30	$1,560,000	$249,600	EPS005	30	$1,560,000	$195,000	CCF56	30	$1,560,000	$31,200	14-23	30	$1,560,000	$38,100	30	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$400,000	$64,000			$400,000	$50,000			$400,000	$8,000			$400,000	$9,800		$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 1061701881		QUIJANO VIDAL LUZ ANGELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cr 10 a # 11 35	CALI-VALLE	8221956	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	1177753983	9426257007	N	2021/11/19	2021/10/25	NEQUI	0	$131,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$64,000	$0	$0	$64,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$64,000	$0	$0	$64,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,800	$0	$0	$9,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$9,800	$0	$0	$9,800
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$8,000	$0	$0	$8,000
COMFENALCO VALLE	CCF56	890,303,093	5	1	$8,000	$0	$0	$8,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$50,000	$0	$0	$50,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$50,000	$0	$0	$50,000
TOTAL				1	$131,800	$0	$0	$131,800

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 1061701881		QUIJANO VIDAL LUZ ANGELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cr 10 a # 11 35	CALI-VALLE	8221956	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	1174095989	9426047267	N	2021/11/19	2021/10/21	NEQUI	0	$22,200

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)						$0	$0			$0	$0			$0	$0			$0	$22,200		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$0	$0			$0	$0			$0	$0			$0	$22,200		$0	$0
Ciudad: CALI Depto: VALLE (1 Afiliados)						$0	$0			$0	$0			$0	$0			$0	$22,200		$0	$0
1	CC	1061701881	QUIJANO LUZ	230301	30	($1,160,000)	($185,600)	EPS005	30	($1,160,000)	($145,000)	CCF56	30	($1,160,000)	($23,200)	14-23	30	($1,160,000)	($6,100)	30	$0	$0
2	CC	1061701881	QUIJANO LUZ	230301	30	$1,160,000	$185,600	EPS005	30	$1,160,000	$145,000	CCF56	30	$1,160,000	$23,200	14-23	30	$1,160,000	$28,300	30	$0	$0
Total			**Afiliados(1)**			$0	$0			$0	$0			$0	$0			$0	$22,200		$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 1061701881		QUIJANO VIDAL LUZ ANGELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cr 10 a # 11 35	CALI-VALLE	8221956	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	1174095989	9426047267	N	2021/11/19	2021/10/21	NEQUI	0	$22,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$22,200	$0	$0	$22,200
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$22,200	$0	$0	$22,200
TOTAL				**1**	**$22,200**	**$0**	**$0**	**$22,200**

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Cali, 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:

Apellidos y Nombre	**Documento Identidad**	**Calidad del Dependiente**
NOVA QUIJANO JUAN CAMILO	1058941237	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,

Luz Angela Quijano Vidal

FIRMA

Nombre: Luz Angela Quijano Vidal

C.C. 1.061.701.881

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1058941237

Indicativo Serial 58304581

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** F 2 H

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

COLOMBIA - CAUCA - POPAYAN NOTARIA 2 POPAYAN

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
NOVA	QUIJANO

Nombre(s)

JUAN CAMILO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2020 Mes ABR Día 02	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA - CAUCA - POPAYAN

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	159237239

Datos de 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

QUIJANO VIDAL LUZ ANGELA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1061701881	COLOMBIA

Datos de padre o madre (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

NOVA RENDON DANIEL

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1094898045	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

QUIJANO VIDAL LUZ ANGELA

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 1061701881	Luz Angela Quijano Vidal

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	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2020 Mes MAY Día 05	DIEGO FABIAN DELGADO GOMEZ (E) Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

EN BLANCO

NOTARIA SEGUNDA DE POPAYAN

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -