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 DISTRITO CAPITAL
CENTRO DE ELECTRICIDAD Y ELECTRONICA Y TELECOMUNICACION - BTA DC - SERVICOS PRESTAD
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	**11**
Código Centro	**921010**
Fecha Elaboración	**30 Diciembre de 2021**
Versión	**JUNIO 2021 - 3,21**
ID de Proceso	**34274-261248**
No. de documento	**310848**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	AURA CAROLINA ROMERO MORENO	**C.C.**	52.837.794	**IP/Nº de contacto**	3012115723
Correo electrónico contratista:	aurcar.romero@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 ?**		NO	
Banco al cual consignar:	DAVIVIENDA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		475700044591	
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:	2228729/2021			**Nº Compromiso SIIF**		**16921**	
Valor Total del Contrato	$ 40.175.484	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 2.274.084	**11**	**Del**	**01/12/2021**	**Al**	**18/12/2021**	**$ 2.274.084,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 0		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL, PARA LA EJECUCIÓN DE ACCIONES DE FORMACIÓN TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA DE FORMA PRESENCIAL Y/O VIRTUAL; JUNTO CON OTRAS ACTIVIDADES QUE SE DERIVEN DE LA FORMACIÓN, EN LOS DIFERENTES PROGR

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.274.084		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	**$ 2.274.084**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.340.457**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Diciembre	Noviembre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**55097284**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 909.634	$ 1.516.056
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 113.800	$ 189.600
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 145.600	$ 242.600
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL IV	$ -	$ 0
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	$ 227.408	
Salud hasta $ 580.928	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 446.819	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	1.340.457,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	2.014.684,00	
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	19.462,00	0,966%
-	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	**$ 2.254.622,00**	

SON: DOS MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS VEINTIDOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ficha: 2203778; Tecnólogo en mantenimiento de equipo Biomédico; Se impartió la competencia Establecer las actividades operativas para el mantenimiento de equipo biomédico teniendo en cuenta especificaciones técnicas y reglamentación existente.
Con las siguientes actividades:
Definición de variables eléctricas y variables fisiológicas asociadas a los equipos biomédicos.
Introducción a la instrumentación biomédica; Manual de Usuario, Manual de Servicio y guías rápidas.
Protocolos de Mantenimiento preventivo y correctivo.

Actividades de Desarrollo Curricular
Actualización planeación pedagógica programa mantenimiento de equipo biomédico.

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.

AURA CAROLINA ROMERO MORENO
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,

LUIS CARLOS GONZALEZ ARENAS
INSTRUCTOR G19

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

CLAUDIA JANET GOMEZ LARROTTA
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02

compensar | miplanilla.com

REPORTE RESUMEN DE PAGO

Información básica de la planilla

Empresa:	AURA CAROLINA ROMERO MORENO	**NIT:**	52837794
Tipo Planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones:**	noviembre 2021
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	noviembre 2021
Número de Radicación:	55097284	**Total a pagar:**	$432,200
Fecha de vencimiento:	11/12/2021	**Total de empleados:**	1
Fecha de Pago:	13/12/2021	**Número de Administradoras:**	2

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de Pago:**	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCO DAVIVIENDA	**Número Autorización:**	1241459730
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
230301	800224808	Porvenir	1		$0	$242,600
EPS005	800251440	Sanitas EPS	1		$0	$189,600
						$432,200

***Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**

Le informamos que el pago de la planilla No. 55097284, fue posterior a la fecha límite establecida en el Decreto 1670 de 2007. Sin embargo, para las administradoras el recibir el aporte no implica que esté aceptando o se esté allanando a la mora, ya que la Ley establece la obligatoriedad de recibirlo, al igual que para los empleadores y aportantes la obligación de cotizar oportunamente, lo que permite el reconocimiento de las prestaciones económicas (Incapacidades, Licencias de Maternidad y Paternidad), evitando además, el recobro al empleador o trabajador independiente de los servicios prestados durante el periodo de pago extemporáneo.

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

De acuerdo con los registros del Sistema para la Administración y Control de Bienes SACB el Sr(a) identificado(a) con CC. 52837794 tiene los siguientes bienes a cargo:

Listado de inventarios:

Regional	Centro	Modulo	Placa	Valor

CANTIDAD DE BIENES A CARGO: 0
VALOR TOTAL: $0,00

El cuentadante adicionalmente se encuentra asociado a los siguientes Nits múltiples:

- 92100000142
- 92100000203
- 92100000266
- 92100000296
- 92100000308
- 92100000321
- 92100000374
- 92100000384
- 92100000385
- 92100000387
- 92100000389
- 92100000393
- 92100000446
- 92100000447
- 92100000476
- 92100000508

CANTIDAD DE BIENES COMO CUENTADANTE MÚLTIPLE: 0
VALOR TOTAL: $0,00

El cuentadante responde administrativa y fiscalmente por los bienes aquí relacionados y rendirá cuentas de su utilización. Todo ello según lo dispuesto sobre este particular en la Constitución Política Nacional Art. 124 y en especial lo establecido en los numerales 21 y 22 del Art. 34 de la Ley 734 de 2002; Resolución 1378 de 2018 y en las obligaciones generales de los Contratos de Prestación de Servicios.

Fecha de emisión del reporte: 13 de Diciembre de 2021 a las 14:53:09

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Bogotá, 30 de diciembre 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 empleado contribuyente y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el parágrafo cuarto del artículo segundo del Decreto 0099 de 2013, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

R.C.	**1016605609**	**Ana María Delgado Romero**	**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: Aura Carolina Romero Moreno

C.C. 52837794

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial: 55703669

55703669

NUIP 1016605609

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 05 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** 10 0 5

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

**********COLOMBIA ********** CUNDINAMARCA ********** BOGOTA**********

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
DELGADO**********	ROMERO**********

Nombre(s)

ANA MARIA**********

Fecha de nacimiento			Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2016	Mes FEB	Día 12	FEMENINO	O	POSITIVO

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

**********COLOMBIA ******* CUNDINAMARCA ******* BOGOTA D.C.**********

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	13643669-8

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

ROMERO MORENO AURA CAROLINA**********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 52837794 DE BOGOTA	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

****
DELGADO RINCON JAIME ARLEY

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 80871399 DE BOGOTA	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

DELGADO RINCON JAIME ARLEY**********

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. No. 80871399 DE BOGOTA	Jaime Arley Delgado Rincón

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 2016 Mes FEB Día 23	ANDRÉS HIBER AREVALO PACHECO Nombre y firma NOT. 76 BOGOTA D.C. ANDRES HIBER AREVALO PACHECO Notario

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

ESPACIO PARA NOTAS

IMPRESO POR PANAMERICANA FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800.175.037-6 TEL. 430 2110

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Escaneado con CamScanner

NOTARIA 5a DEL CIRCULO DE BOGOTA D.C.

LA PRESENTE FOTOCOPIA FUE TOMADA DEL ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA NOTARIA, SE EXPIDE A SOLICITUD DEL INTERESADO PARA DEMOSTRAR PARENTESCO DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN LOS ARTICULOS 115 DECRETO 1260 DE 1970 Y 1o. DECRETO 278 DE 1972.
ESTE REGISTRO NO TIENE FECHA DE VENCIMIENTO.
ARTICULO 2 DECRETO 2150 DE 1.995.

TOMO: _____ FOLIO _____

SERIAL No.: 55703669

BOGOTA D.C., 23 FEB. 2016

CON DESTINO AL INTERESADO

REPUBLICA DE COLOMBIA
NOTARIA 5a
BOGOTA, D.C.
ANDRES HIBER AREVALO PACHECO
Notario

ESPACIO EN BLANCO
NOTARIA 5a

Escaneado con CamScanner