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 SERVICIOS FINANCIEROS-BTA D C - 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	**11**
Código Centro	**940510**
Fecha Elaboración	**Diciembre de 2021**
Versión	**JUNIO 2021 - 3,21**
ID de Proceso	**84968-168264**
No. de documento	**293266**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	HOLLMAN ANTONIO APONTE QUIROGA	**C.C.**	1.026.255.003	**IP/Nº de contacto**	3068124
Correo electrónico contratista:	haaponte3@misena.edu.co				

Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Pertenece al régimen simple de tributación?**	NO	**Es declarante de renta?**	SI	**Es Pensionado?**	NO
Sus ingresos en el 2020 Superaron $49'849.000	SI	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**		NO	
Banco al cual consignar:	DAVIVIENDA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		0550488418189491	
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:	2417560/2021		**Nº Compromiso SIIF**	**62821**	
Valor Total del Contrato	$ 33.020.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**		**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 2.860.000	**9**	**Del** 01/12/2021 **Al**	22/12/2021	**$ 2.860.000,00**
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 PLANEAR Y ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, QUE PROGRAME EL CENTRO DE FORMACIÓN EN SUS DIFERENTES NIVELES Y MODALIDADES, ATENDIENDO LAS POLÍTICAS INSTITUCIONALES Y LA NORMAT

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.860.000	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	**$ 2.860.000**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.685.925**	**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	----------	**54955583**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.144.000	$ 1.560.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 143.000	$ 195.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 183.100	$ 249.600
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 6.000	$ 8.200
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	$ 286.000	
Salud hasta $ 580.928	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 561.975	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	1.685.925,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	2.533.900,00	
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	24.477,00	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	**$ 2.835.523,00**	

SON: DOS MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y CINCO MIL QUINIENTOS VEINTITRES PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Obligación 1: Se realizó la respectiva planeación y alistamiento de las fichas 2282650 (30 hrs), 2282654 (30 hrs), 2282658 (30 hrs), 2282666 (30 hrs), del programa Gestión logística.
Obligación 2: Se realiza la formación de acuerdo a la Guía Orientación Formación Ambientes Virtuales de aprendizaje – GFPI-G014 vs.4
Obligación 16: Se acatan los lineamientos del Sistema Integrado de Gestión y el Sistema de Seguridad de Salud en el Trabajo.
Obligación 19: Se presento formato de entrega de bienes en información contractual por el contratista y reporte de inventarios.
Obligación 20: Se ha realizado el proceso de certificación en la Norma 240201057 - 1 - Orientar formación a distancia de acuerdo con procedimientos técnicos y normativa en el centro de formación CENTRO DE SERVICIOS FINANCIEROS de la ciudad de Bogotá D.C.
Obligación 24: Se presentaron informes de ejecución contractual.

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.

HOLLMAN ANTONIO APONTE QUIROGA
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,

HERNANDO RODRIGUEZ FIGUEROA
INSTRUCTOR

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

SONIA ENCISO MOSQUERA
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

compensar | miplanilla.com

REPORTE RESUMEN DE PAGO

Información básica de la planilla

Empresa:	HOLLMAN ANTONIO APONTE QUIROGA	**NIT:**	1026255003
Tipo Planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones:**	noviembre 2021
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	noviembre 2021
Número de Radicación:	54955583	**Total a pagar:**	$452,800
Fecha de vencimiento:	26/11/2021	**Total de empleados:**	1
Fecha de Pago:	26/11/2021	**Número de Administradoras:**	3

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:**	1218880459
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
14-23	860011153	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1		$0	$8,200
230901	800253055	Old Mutual	1		$0	$249,600
EPS008	860066942	Compensar EPS	1		$0	$195,000
						$452,800

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

PAGADA

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

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
ENTREGA DE BIENES E INFORMACIÓN DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL POR EL CONTRATISTA

LUGAR: BOGOTA
FECHA: 22 DE DICIEMBRE
REGIONAL: DISTRITO CAPITAL

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS: HOLLMAN ANTONIO APONTE QUIROGA	IDENTIFICACIÓN
	C.C. No 1.026.255.003
DIRECCIÓN U OFICINA DONDE SE EJECUTÓ EL CONTRATO: CENTRO DE SERVICIOS FINANCIEROS - FORMACIÓN VIRTUAL	
NÚMERO Y FECHA DE CONTRATO: 2417560 del 09 de abril del 2021	

CAUSAL DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO

LIQUIDACIÓN POR MUTUO ACUERDO	X	CESIÓN		LIQUIDACIÓN ANTICIPADA POR MUTUO ACUERDO		TERMINACIÓN UNILATERAL	

DEPENDENCIA SENA	Marcar con x	RESPONSABLES	
		NOMBRES	FIRMA
GESTIÓN DE TIC		EDWIN GONZALES POVEDA	15/12/2021
ADMINISTRACIÓN DE DOCUMENTOS			
ENTREGA CARNÉ (A Supervisor del Contrato en las Regionales y Centros de Formación) SECRETARÍA GENERAL	X	HERNANDO RODRIGUEZ FIGUEROA	
ALMACÉN E INVENTARIOS			
SERVICIOS GENERALES, ADQUISICIONES (Administración de edificio; Contratación)	X	KELLY MARIA DIAZ VARGAS	
CONTABILIDAD	X	CARLOS ANDRES PEREA OLAVE	
TESORERIA	X	NESTOR WILLIAM AVILA ALFONSO	10/12/2021
COORDINACIÓN DE: ÁREA/GRUPO/ ACADEMICA	X	HERNANDO RODRIGUEZ FIGUEROA	
BIBLIOTECA	X	PATRICIA MARTINEZ	
OTRO			
OTRO			
SUPERVISOR DE CONTRATO		HERNANDO RODRIGUEZ FIGUEROA	

ELEMENTOS FALTANTES U OBLIGACIONES PENDIENTES (Relacionar con su respectivo valor)

OTROS : _____

Firma del Contratista
Hollman Aponte

De acuerdo con los registros del Sistema para la Administración y Control de Bienes SACB el Sr(a) identificado(a) con CC. 63536236 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:

- 94060000106
- 94060000459
- 94060000464
- 95260000099

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: 30 de Noviembre de 2021 a las 17:04:25

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Bogotá, 22 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:

T.I.	1013595644	Luisa Fernanda Aponte Sanabria	**HIJA**
T.I.	1028864247	Laura Alejandra Aponte Sanabria	**HIJA**

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: Hollman Antonio Aponte Quiroga

C.C. 1.026.255.003

REPÚBLICA DE COLOMBIA

Adhesivo Copia Registro Civil

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

NUIP 1028864247

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 42669806

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A C W

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

REGISTRADURIA DE KENNEDY- CL COLSUBSIDIO R COLOMBIA CUNDINAMARCA BOG

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
APONTE**********	SANABRIA**********

Nombre(s)

LAURA ALEJANDRA**********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2008 Mes ENE Día 09	FEMENINO********	A******	+*******

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

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

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO**********	50042081-7********

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

SANABRIA CUBILLOS JENNY ROCIO**********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 0052856085**********	COLOMBIA**********

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

APONTE QUIROGA HOLLMAN ANTONIO**********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1026255003**********	COLOMBIA**********

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

APONTE QUIROGA HOLLMAN ANTONIO**********

Documento de identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA 1026255003**********

Firma

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 2008 Mes ENE Día 10	FLAMINIO VELASQUEZ URREGO********
	Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Hollman Antonio Aponte Quiroga	
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS TOMO 001 FOLIO 3008

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

FOTOCOPIA AUTENTICA DEL ORIGINAL Art. 115 Dcto. 1260 – 70 Y Art. 1º Dcto. 278 -72

PARA ACREDITAR PARENTESCO
EXPEDIDA EN BOGOTA D.C. a los 10 JUN. 2009

RUBIELA TRUJILLO PEREZ
Registradora Auxiliar del Estado Civil

REGISTRADURÍA

REPUBLICA DE COLOMBIA

Adhesivo Copia Registro Civil

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

NUIP 1013595644

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 38846703

3884703

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policia [ ] Código A 3 A

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

REGISTRADURIA DE ANTONIO NARIÑO BOGOTA DC COLOMBIA CUNDINAMARCA BOG

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
APONTE**********	SANABRIA**********

Nombre(s)

LUISA FERNANDA**********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2006 Mes ABR Día 19	FEMENINO********	O******	+********

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

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

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO**********	A 7257406*********

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

SANABRIA CUBILLOS JENNY ROCIO**********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 0052856085**********	COLOMBIA**********

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

APONTE QUIROGA HOLLMAN ANTONIO**********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1026255003**********	COLOMBIA**********

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

APONTE QUIROGA HOLLMAN ANTONIO**********

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CEDULA DE CIUDADANIA 1026255003**********	

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 2006 Mes MAY Día 05	DARIO ALFONSO SOLANO VERGARA***** Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

-ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -