

 <p>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</p>	DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES)		Código Regional	11
	REGIONAL DISTRITO CAPITAL		Código Centro	940410
	CENTRO DE GESTION ADMINISTRATIVA-BTA D.C		Fecha Elaboración	Diciembre de 2021
	Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Versión	JUNIO 2021 - 3,21
	Resolución DIAN N° 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)		ID de Proceso	90143-268458
			No. de documento	305027

DATOS DEL CONTRATISTA			
Nombres y apellidos contratista:	LEIDYS LORENA MARQUEZ ALVAREZ	C.C.	1.030.523.603
Correo electrónico contratista:	marqueza@sena.edu.co	IP/N° de contacto	16037
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:	BANCO BBVA	Tipo de cta	AHORROS
		N° Cuenta	0446182313
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			
N° del contrato:	2557648/2021	N° Compromiso SIIF	59321
Valor Total del Contrato	\$ 15.673.910	N ° Pago	7
Saldo Anterior del Contrato	\$ 2.239.130	Periodo objeto de pago	Del 01/12/2021 Al 30/12/2021
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 0	Legalización comisiones del periodo	\$ 0,00
Valor Bruto Pago	\$ 2.239.130,00		

OBJETO CONTRACTUAL:			
(Descripción del servicio prestado)		PRESTACION DE SERVICIOS: PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA APOYAR LA EJECUCIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LAS ACCIONES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD, PROPIOS DE LA POLÍTICA INSTITUCIONAL DE BIENESTAR, DIRIGIDOS A LOS APRENDICES DEL CENTRO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA.	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Ingresos por honorarios	\$ 2.239.130	Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°	0,00%
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 2.239.130	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 1.317.163	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR			
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	Diciembre	Noviembre	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 908.526	\$ 908.526	Valor Base retención en la fuente 1.317.163,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 113.600	\$ 113.600	Valor Base retención en la fuente ICA 1.980.130,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 145.400	\$ 145.400	Valor base IVA 0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00
ARL	\$ 4.800	\$ 4.800	Menos Retención en la Fuente 0,00
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -		Menos Retención IVA 0,00
Aportes voluntarios a cuentas AFC	\$ -		Reteica - 8299 19.128,00
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.522.064	\$ -		0,966%
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.630.800	\$ -		Otras Retenciones 0,00
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones 0,00
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones 0,00
Dependientes hasta \$ 1.161.856	\$ 223.913		Otras Retenciones 0,00
Salud hasta \$ 580.928	\$ -		Descuentos de Libranza 0,00
Renta Exenta 25% \$ 8.713.920	\$ 439.054		Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00
Retención en la Fuente Contingente \$ -			VALOR A PAGAR \$ 2.220.002,00

SON: DOS MILLONES DOSCIENTOS VEINTE MIL DOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO	
BRINDAR PRIMEROS AUXILIOS MÉDICOS REALIZAR ACTIVIDADES DE COMODIDAD, BIENESTAR Y FÍSICO RECREATIVO Y OCUPACIONAL FOMENTAR PRÁCTICAS SALUDABLES DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD DE SALUD ORIENTAR CHARLAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	

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.	LEIDYS LORENA MARQUEZ ALVAREZ EL CONTRATISTA
--	---

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO	
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí 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, DAVID BRISEÑO CORTES PROFESIONAL G06

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

WAINE ANTONY TRIANA ALBIS
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1030523603	NÚMERO PLANILLA:	4420779667	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			LEIDYS LORENA MARQUEZ ALVAREZ	PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	noviembre AÑO	2021
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL	DÍAS DE MORA:		PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES
DIRECCIÓN:	DIAGONAL 48 SUR # 72L-64	TELÉFONO:	5460037		0		noviembre AÑO
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2021/12/09	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9997886126
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				

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	\$ 145.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 145.400	\$ 0	\$ 145.400	
SUBTOTALES:										\$ 145.400	\$ 0	\$ 145.400	

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	
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 113.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 113.600	\$ 0	\$ 0	\$ 113.600	
SUBTOTALES:										\$ 113.600	\$ 0	\$ 0	\$ 113.600	\$ 0	\$ 0	\$ 113.600	

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	\$ 4.800	\$ 4.800	\$ 0	\$ 0	\$ 4.800			
SUBTOTALES:										\$ 4.800	\$ 0	\$ 0	\$ 4.800		

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																						
DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES														SEGURIDAD SOCIAL												PARAFISCALES																		
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	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	PENSIÓN		APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	SALUD		ARP			DÍAS COT	IBC	CCF	SENA	ICBF	ESAP	MINEDU				
																														SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO						COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	IBC								CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE		
1	CC 1030523603	MARQUEZ ALVAREZ LEIDYS LORENA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		\$ 908.526			NO																		230301-PORVENIR	30	\$ 908.526	\$ 145.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 145.400	EPS002-SALUD TOTAL	30	\$ 908.526	\$ 113.600	\$ 0	\$ 113.600	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	\$ 908.526	103052360	\$ 4.800		\$ 0		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL \$ 263.800

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Bogotá, 09 de diciembre de 2021

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIAJE (SENA)

Ciudad Bogotá

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:

RC	1141358887	PABLO ANDRES GAMARRA MARQUEZ	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: Leidys Lorena Márquez Álvarez

C.C. 1.030. 523. 603

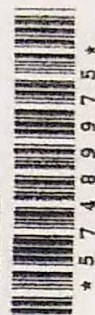


REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo 57489975
Serial

NUIP 1141358887



* 5 7 4 8 9 9 7 5 *

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	☐	Notaría	☒	Número	618	Consulado	☐	Corregimiento	☐	Inspección de Policía	☐	Código	D	T	Z
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía															
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C. - - - - -															

Datos del inscrito

Primer Apellido										Segundo Apellido																												
GAMARRA - - - - -										MARQUEZ - - - - -																												
Nombre(s)																																						
PABLO ANDRES - - - - -																																						
Fecha de nacimiento										Sexo (en letras)					Grupo sanguíneo					Factor RH																		
Año		2		0		1		7		Mes		J		U		N		Día		1		7		MASCULINO					O					POSITIVO				
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)																																						
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ - - - - -																																						

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

Número certificado de nacido vivo

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO - - -

14149475-1 - - -

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

MARQUEZ ALVAREZ LEIDYS LORENA - - - - -

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CC 1030523603 de BOGOTÁ - - - - -

COLOMBIANA

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

GAMARRA PALENCIA FERNANDO DAVID - - - - -

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CC 1007137243 de EL CARM - - - - -

COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

GAMARRA PALENCIA FERNANDO DAVID - - - - -

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

CC 1007137243 de EL CARM - - - - -

Fernando Gamarra

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

Año 2017 Mes JUN Día 23

Nombre y firma del funcionario que autoriza

JORGE HERNANDO RICO GRILLO

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Fernando Gamarra

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

JORGE HERNANDO RICO GRILLO

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

L.V. 158 FOLIO 203
E. SneyderP

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

NOTARIA 68
REGISTRO CIVIL

ES FIEL COPIA TOMADA DE SU ORIGINAL, EL CUAL REPOSA EN LOS
ARCHIVOS DE ESTA NOTARIA, SE EXPIDE EN BOGOTÁ D.C. PARA



**SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
INFORME FINAL DE SUPERVISIÓN
CONTRATACIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES**

CONTRATO No. CO1.PCCNT.2557648 01 de junio de 2021

NOMBRE DEL CONTRATISTA: Leidys Lorena Márquez Álvarez

IDENTIFICACION DEL CONTRATISTA: Cédula de Ciudadanía 1030523603 de Bogotá

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar los servicios personales de carácter temporal para apoyar la ejecución, seguimiento y evaluación de las acciones de promoción y prevención en salud, propios de la Política Institucional de Bienestar, dirigidos a los aprendices del Centro de Gestión Administrativa.

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA:

1. Brindar primeros auxilios médicos.
2. Realizar actividades de comodidad, bienestar y físico recreativo y ocupacional.
3. Fomentar prácticas saludables de acuerdo con la normatividad salud.
4. Orientar charlas de promoción y prevención.

LUGAR DE EJECUCIÓN: Sena, Centro de Gestión Administrativa, Regional Distrito Capital.

PLAZO DE EJECUCIÓN: Siete (7) meses.

FECHA DE INICIACIÓN CONTRATO: 01 de junio de 2021

FECHA DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO: 30 de diciembre de 2021

VIGENCIA DEL CONTRATO: El plazo de ejecución del presente contrato será de siete (7) meses, sin exceder la presente vigencia presupuestal y empezará a contarse a partir del cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento, ejecución y legalización indicados en el contrato.

VALOR DEL CONTRATO: 15.673.910,00 quince millones seiscientos setenta y tres mil novecientos diez pesos m/cte.

SUPERVISOR: David Briceño Cortés

IDENTIFICACION DEL SUPERVISOR: Cédula de Ciudadanía 79693251

SUSPENSIONES Y AMPLIACIONES DE SUSPENSIÓN: SI ____ NO X



**SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
INFORME FINAL DE SUPERVISIÓN
CONTRATACIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES**

ACTAS No.	TIEMPO	CAUSALES

BALANCE FINANCIERO:

Valor total del contrato	15.673.910
Valor Ejecutado	15.673.910
Saldo de pendiente de cancelar al contratista	0
Saldo a liberar	0

PRODUCTOS O ACTIVIDADES EJECUTADAS

- Se brindó Consejería y Orientación a aproximadamente 205 aprendices en los meses de junio a diciembre de 2021 en las jornadas Diurna, Nocturna y Fines de Semana.
- Se desarrollaron charlas de Hábitos Saludables por medio de las cuales se impactaron 365 aprendices.
- Se desarrollaron charlas de los temas ITS, Planificación Familiar, Responsabilidad Sexual y Proyecto de Vida y Sexualidad, por medio de las cuales se impactaron 322 aprendices.
- Por medio de la charla presencial “Prevención del Embarazo en la Adolescencia” en la cual participaron fichas de las diferentes Coordinaciones Académicas, se dio inicio a la celebración de la Semana Andina, se impactaron 50 aprendices, adicional en el Stand informativo situado en el tercer piso se brindó información sobre Planificación Familiar, Riesgos en embarazo y proyecto de vida y sexualidad, se impactaron 40 aprendices.
- Socialización del beneficio de la Póliza De Accidentes Personales, durante estas actividades se impactaron 403 aprendices aproximadamente.



**SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
INFORME FINAL DE SUPERVISIÓN
CONTRATACIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES**

- Se llevó a cabo la charla Yo me cuido, Yo no fumo con el objetivo de prevenir y mitigar los daños causados por el uso del tabaco, se impactaron 30 aprendices.
- Se desarrolló el Taller “Prevención de Sustancias Psicoactivas” con fichas de las diferentes Coordinaciones Académicas y las fichas del programa de Articulación con la Media, a esta actividad virtual asistieron 465 aprendices.
- Se realizaron actividades de comodidad físico por medio de las pausas activas, en estas actividades participaron alrededor de 180 aprendices.
- En Conmemoración del Día Internacional de la Lucha Contra EL VIH- SIDA, se desarrolló una jornada de sensibilización con los aprendices de la Subsede, el objetivo de esta actividad fue promover una conducta sexual saludable, se impactaron 90 aprendices.

OBSERVACIONES DE LA SUPERVISIÓN SOBRE LOS PRODUCTOS O ACTIVIDADES EJECUTADAS

SANCIONES: SI__ NO_X

CUMPLIMIENTO FRENTE A LA OBLIGACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL: SI_X NO__

GRADO DE SATISFACCIÓN: EXCELENTE_X BUENO__ REGULAR__ INSUFICIENTE__

Atentamente,

FIRMA SUPERVISOR DEL CONTRATO