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 SANTANDER
CENTRO DE GESTION AGROEMPRESARIAL DEL ORIENTE-SANTANDER - SERVICIOS PRESTADOS A L
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	**68**
Código Centro	**954610**
Fecha Elaboración	**21 Diciembre de 2021**
Versión	**JUNIO 2021 - 3,21**
ID de Proceso	**99829-293965**
No. de documento	**323646**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	ANA MARIA MOSQUERA PEREZ	**C.C.**	63.437.526	**IP/Nº de contacto**	3107988131
Correo electrónico contratista:	anamariamosquera1311@gmail.com				

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	NO	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**		NO	
Banco al cual consignar:	BANCO AGRARIO DE COLOMB	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		460460086761	
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:	2754063/2021			**Nº Compromiso SIIF**	**85421**	
Valor Total del Contrato	$ 15.623.040	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**			**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 2.196.990	**5**	**Del**	**01/12/2021**	**Al** **18/12/2021**	**$ 2.196.990,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 0		Legalización comisiones del periodo		$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA DESARROLLAR PROGRAMAS DE FORMACIÓN TITULADA Y COMPLEMENTARIA EN EL ÁREA DE LA SALUD EN EL CENTRO DE GESTIÓN AGROEMPRESARIAL DEL ORIENTE.

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.196.990		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	$ 3.661.650			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 5.858.640**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 3.447.207**		**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	----------	**8616742150**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 908.526	$ 1.464.660
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 113.600	$ 183.100
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 145.400	$ 234.400
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 9.500	$ 15.300
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	$ 234.400	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 183.100	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 15.300	
Dependientes hasta $ 1.161.856	$ 585.864	
Salud hasta $ 580.928	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 1.149.069	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	3.447.207,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	1.937.990,00	
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 - 8560	4.394,00	0,200%
-	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	**$ 2.192.596,00**	

SON: DOS MILLONES CIENTO NOVENTA Y DOS MIL QUINIENTOS NOVENTA Y SEIS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se realizan actividades de formación orientadas a curso de primeros auxilios 2466462.
Diligenciamiento de encuesta autoreporte de condiciones de salud dirección general, reporte condiciones de salud.
Acompañamiento a etapa productiva, Envió de documentación a la coordinación administrativa.
Eventos registrados en SOFIA PLUS.
Verificar el cumplimiento de los aprendices , en sus actividades de formación.
seguimiento a las etapas productivas.
Alimentar DRIVE.
Depuración de base de Datos, seguimiento aprendices llamadas telefónicas, correos electrónicos. Reunión Coordinadora.
Participar de las reuniones con el equipo ejecutor.

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.

ANA MARIA MOSQUERA PEREZ
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,

VILMA VILA HERREÑO PARDO
INSTRUCTOR G15

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

MIGUEL ANDRE PARDO CEPEDA
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL :	ANA MARIA MOSQUERA PEREZ
IDENTIFICACION:	CC-63437526
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	1
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	1
FECHA GENERACION REPORTE:	2021-12-14
FECHA LIMITE DE PAGO:	2021-12-07
FECHA DE PAGO:	2021-12-10
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE OCCIDENTE
PERIODO PENSION:	2021-11
PERIODO SALUD:	2021-11
NUMERO PLANILLA:	8616742150
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8607829507
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	$ 1.464.660	$ 0	$ 0	$ 0	$ 183.100	$ 183.100
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 1.464.660	$ 0	$ 0	$ 0	$ 234.400	$ 234.400
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 1.464.660	$ 0	$ 0	$ 0	$ 15.300	$ 15.300
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 432.800	$ 432.800

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	07/01/2022

SENA	Versión: 04 Código: GTH- F- 074

Proceso Gestión del Talento Humano

Formato entrega de bienes e información de ejecución contractual por el contratista

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA: ANA MARIA MOSQUERA PEREZ						CC: 63437526
CIUDAD	Vélez	FECHA	Diciembre 2021	REGIONAL	Santander - CGAO	VELEZ
DIRECCIÓN U OFICINA DONDE SE EJECUTÓ EL CONTRATO:		CENTRO DE GESTION AGROEMPRESARIAL DEL ORIENTE				
NÚMERO Y FECHA DE CONTRATO:		C01.PCCNTR 2754063 Del 11 de Agosto de 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 Y APELLIDOS	FIRMA
GESTIÓN DE TIC	X	Yasmin Ardila Santamaria	
ADMINISTRACIÓN DE DOCUMENTOS	X	Nelsy Reyes Olaya	
ENTREGA CARNÉ (A Supervisor del Contrato en las Regionales y Centros de Formación) SECRETARÍA GENERAL	X	Vilma Vila Herreño Pardo	Vilma Vila Herreño
ALMACÉN E INVENTARIOS		Generar reporte de https://milnventario.sena.edu.co/Inicio.aspx y anexar al formato, garantizando que no tiene elementos a su cargo	
SERVICIOS GENERALES, ADQUISICIONES (Administración de edificio, Contratación)	X	Luis Javier Reyes Olaya	
CONTABILIDAD	X	Maria Camila Riaño Ariza	
TESORERIA	X	Fidel Romero Sanchez	
COORDINACIÓN DE: ÁREA/GRUPO/ ACADEMICA	X	Vilma Vila Herreño Pardo	Vilma Vila Herreño
BIBLIOTECA	X	Carolina Monica Pulido Torres	
OTRO			
OTRO			
SUPERVISOR DE CONTRATO	X	Vilma Vila Herreño Pardo	Vilma Vila Herreño

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

OTROS : _____

Firma del Contratista

Escaneado con CamScanner

De acuerdo con los registros del Sistema para la Administración y Control de Bienes SACB, el documento 63437526 NO ha sido registrado en la Base de Datos y por tanto NO registra bienes a cargo.

Fecha de emisión del reporte: 21 de Diciembre de 2021 a las 07:59:43

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.

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Vélez, 21 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 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	**1098678363**	**ESTRELLA ARIZA MOSQUERA**	**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,



_____

Nombre: ANA MARIA MOSQUERA PEREZ

C.C. 63437526

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1098678363

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 38306274

3830627 4

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 0 X D

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

REGISTRADURIA DE BUCARAMANGA COLOMBIA SANTANDER BUCARAMANGA**********

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ARIZA**********	MOSQUERA**********

Nombre(s)

ESTRELLA**********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2007 Mes NOV Día 19	FEMENINO********	O*******	- *****

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

COLOMBIA SANTANDER BUCARAMANGA**********

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO**********	A 7147723********

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

MOSQUERA PEREZ ANA MARIA**********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 0053437526**********	COLOMBIA**********

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

ARIZA GORDILLO FREDY FERNANDO**********

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 0013957889**********	COLOMBIA**********

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

ARIZA GORDILLO FREDY FERNANDO**********

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CEDULA DE CIUDADANIA 0013957889**********	Fredy F. Ariza G.

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 2007 Mes NOV Día 27	ELIZABETH MONSALVE CAMACHO****** Nombre y firma

510REGISTRADURIA NALnacimiento 11/02/04

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Escaneado con CamScanner