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 CASANARE
CENTRO AGROINDUSTRIAL Y FORTALECIMIENTO EMPRESARIAL DE CASANARE - SERVICIOS PREST
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	**85**
Código Centro	**951910**
Fecha Elaboración	**Diciembre de 2021**
Versión	**JUNIO 2021 - 3,21**
ID de Proceso	**29181-095745**
No. de documento	**319971**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	SANDRA MILENA SIADO MACHADO	**C.C.**	57.296.260	**IP/Nº de contacto**	310643866
Correo electrónico contratista:	smsiado0@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:	BANCOLOMBIA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		74870988650	
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:	2337991/2021			**Nº Compromiso SIIF**	**37221**	
Valor Total del Contrato	$ 31.850.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**			**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 2.340.000	**9**	**Del**	**01/12/2021**	**Al** **18/12/2021**	**$ 2.340.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 0		Legalización comisiones del periodo		$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL, POR PERIODOS FIJOS DE 160 HORAS MES DIRECTAS DE FORMACIÓN O PROPORCIONAL A LAS HORAS EJECUTADAS COMO INSTRUCTOR DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL Y/O FORMACIÓN COMPLEMENTARIA, APLICANDO EL MODELO PEDAGÓGICO ESTABLECIDO POR EL SENA Y EL

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.340.000		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	1,56%
			Retencion en la Fuente del Periodo	$ 58.751
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 3.900.000			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 6.240.000**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 3.758.475**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 58.751**

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

	Diciembre	Noviembre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**9426345106**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 561.600	$ 1.560.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 70.200	$ 195.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 89.900	$ 249.600
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 3.000	$ 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	$ 249.600	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 195.000	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 38.100	
Dependientes hasta $ 1.161.856	$ 624.000	
Salud hasta $ 580.928	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 1.252.825	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	3.758.475,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	2.179.900,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	58.751,00	1,56%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299	16.380,00	0,700%
-	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	**$ 2.264.869,00**	

SON: DOS MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS SESENTA Y NUEVE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Impartir formación profesional integral a través de herramientas tecnológicas en las fichas 2440354, 2440356, 2454315 y 2454320 del programa Fortalecimiento Pedagógico Comunitario en la Primera Infancia.-Se asociaron 34 aprendices a la ficha 2454315 y 31 aprendices a la ficha 2454320 del programa Fortalecimiento Pedagógico Comunitario en la Primera Infancia.-Planeación de guías de aprendizaje para el programa Fortalecimiento Pedagógico Comunitario en la Primera Infancia.-Utilización de formato SIGA Guía de Aprendizaje.-Actualizar el Portafolio del Instructor.-Uso de plataforma Territorium para el desarrollo de actividades como cargue de contenido del programa.-Manejo de plataforma Google Meet para el desarrollo de clases virtuales.-Manejo de plataforma Territorium y Sofía Plus.-Se presenta el informe mensual y los documentos anexos (evidencias).-Asistencia a la Capacitación en Caídas desde el mismo y diferente nivel.-Registr de juicios evaluativos de las fichas 2440354, 2440356, 2454315 y 2454320.-Se ejecutaron 200 horas de formación de acuerdo con el objet de contrato.-Planilla de seguridad social N° 9426345106 correspondiente al mes de noviembre de 2021.----------

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.

SANDRA MILENA SIADO MACHADO
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,

EDWIN ALONSO QUINTERO
INSTRUCTOR G11

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

JOHANA ASTRID MEDINA PEÑA
DIRECTORA REGIONAL CON FUNCIONES DE SUBDIRECTOR DE CENTRO

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 57296260		SIADO MACHADO SANDRA MILENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 2 # 7-25 SAN FERNANDO	SANTA MARTA-MAGDALENA	1111111	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-11	2021-11	29266769	9426345106	I	2021/12/15	2021/11/05	BANCO DE OCCIDENTE	0	$482,700

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)					$1,560,000	$249,600			$1,560,000	$195,000			$0	$0			$1,560,000	$38,100		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,560,000	$249,600			$1,560,000	$195,000			$0	$0			$1,560,000	$38,100		$0	$0
Ciudad: SANTA MARTA Depto: MAGDALENA (1 Afiliados)					$1,560,000	$249,600			$1,560,000	$195,000			$0	$0			$1,560,000	$38,100		$0	$0
1	CC	57296260	SIADO SANDRA	230301	30	$1,560,000	$249,600	ESSC07	30	$1,560,000	$195,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,560,000	$38,100	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,560,000	$249,600			$1,560,000	$195,000			$0	$0			$1,560,000	$38,100		$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 57296260		SIADO MACHADO SANDRA MILENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 2 # 7-25 SAN FERNANDO	SANTA MARTA-MAGDALENA	1111111	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-11	2021-11	29266769	9426345106	I	2021/12/15	2021/11/05	BANCO DE OCCIDENTE	0	$482,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$249,600	$0	$0	$249,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$249,600	$0	$0	$249,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$38,100	$0	$0	$38,100
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$38,100	$0	$0	$38,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$195,000	$0	$0	$195,000
MUTUAL SER	ESSC07	806,008,394	7	1	$195,000	$0	$0	$195,000
TOTAL				1	$482,700	$0	$0	$482,700

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Yopal, 18 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	1.083.013.309	Sebastián David Polanco Siado	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,



_____
C.C. 57.296.260

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número: **N** 5052709

NUIP 1.083.013.309

Tipo de certificado	Datos Esenciales ☐	Acreditar Parentesco ☒

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos

POLANCO SIADO SEBASTIAN DAVID

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)								Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año	2014	Mes	JUN	Día	13			MASCULINO	A +

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

COLOMBIA MAGDALENA SANTA MARTA

Fecha de Inscripción (Mes en letras)								Indicativo serial
Año	2014	Mes	JUN	Día	20			0054689184

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos

SIADO MACHADO SANDRA MILENA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 57.296.260	COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos

POLANCO PUERTA TOMAS ENRIQUE

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 85.203.960	COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos

SIADO MACHADO SANDRA MILENA

Documento de Identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA 57.296.260

Espacio para notas

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio	Código
COLOMBIA MAGDALENA SANTA MARTA	L 9 F

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)								**Nombre y firma del funcionario**
Año	2014	Mes	JUN	Día	24			ARTURO RAFAEL DONADO BARROS

Registrador del Estado Civil

Adhesivo Copia Registro Civil

14188028-9