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	**95647-352985**
No. de documento	**318748**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	ELIANA ANDREA RAMIREZ AVILA	**C.C.**	52.732.598	**IP/Nº de contacto**	3202348364
Correo electrónico contratista:	elianaramirez@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	NO	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**		SI	
Banco al cual consignar:	DAVIVIENDA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		091600004500	
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:	2257370/2021			**Nº Compromiso SIIF**	**15921**		
Valor Total del Contrato	$ 39.390.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 2.340.000	**11**	**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 CON EJECUCIÓN DE 160 HORAS AL MES O PROPORCIONAL A LAS HORAS EJECUTADAS COMO INSTRUCTOR DE FORMACIÓN VIRTUAL COMPLEMENTARIA Y/O FORMACIÓN TITULADA, EN LA OFERTA REGULAR DEL CENTRO, APLICANDO EL MODELO PEDAGÓGICO ESTABLECIDO POR

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.340.000	Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°		1,18%
		Retencion en la Fuente del Periodo		$ 43.518
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	**$ 3.678.300**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**		**$ 43.518**

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

	Diciembre	**Noviembre**
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**9427988299**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 936.000	$ 1.560.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 117.000	$ 195.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 149.800	$ 249.600
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 4.900	$ 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	$ 249.700	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 195.100	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 8.200	
Dependientes hasta $ 1.161.856	$ 624.000	
Salud hasta $ 580.928	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 1.226.100	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	3.678.300,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	2.073.200,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	43.518,00	1,18%
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	**$ 2.280.102,00**	

SON: DOS MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA MIL CIENTO DOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

PROGRAMA DE FORMACION:APRENDIZ DIGITAL-INDUCCION A PROCESOS PEDAGOGICOS-PEDAGOGIA HUMANA-DISEÑO DE INSTRUMENTOS DE EVALUACION
FICHAS:2455001-2454985-2454687-2454680
MUNICIPIO: YOPAL
HORAS EJECUTADAS: 48 HRS, Y 48 HRS DE LOS MESES: 24HRS DE MARZO-16HRS DE ABRIL Y 8HRS DE MAYO
PARA UN TOTAL DE 96HRS

ACTIVIDADES:
Revisar y retroalimentar al Aprendiz, Evaluar actividades. Realizar informe de cierre de curso
Realizar reuniones semanales, Configurar el material del curso, actividades para orientar al aprendiz en el desarrollo del curso.

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.



ELIANA ANDREA RAMIREZ AVILA
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 52732598		RAMIREZ AVILA ELIANA ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KR11 N 7-53	AGUAZUL-CASANARE	6382124	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	1239365994	9427988299	I	2021/12/23	2021/12/10	BANCO DAVIVIENDA	0	$453,000

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)					$1,560,031	$249,700			$1,560,031	$195,100			$0	$0			$1,560,031	$8,200		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,560,031	$249,700			$1,560,031	$195,100			$0	$0			$1,560,031	$8,200		$0	$0
Ciudad: AGUAZUL Depto: CASANARE (1 Afiliados)					$1,560,031	$249,700			$1,560,031	$195,100			$0	$0			$1,560,031	$8,200		$0	$0
1	CC	52732598	RAMIREZ ELIANA	230301	30	$1,560,031	$249,700	EPS005	30	$1,560,031	$195,100		0	$0	$0	14-23	30	$1,560,031	$8,200	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,560,031	$249,700			$1,560,031	$195,100			$0	$0			$1,560,031	$8,200		$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 52732598		RAMIREZ AVILA ELIANA ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KR11 N 7-53	AGUAZUL-CASANARE	6382124	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	1239365994	9427988299	I	2021/12/23	2021/12/10	BANCO DAVIVIENDA	0	$453,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$249,700	$0	$0	$249,700
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$249,700	$0	$0	$249,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$8,200	$0	$0	$8,200
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$8,200	$0	$0	$8,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$195,100	$0	$0	$195,100
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$195,100	$0	$0	$195,100
TOTAL				1	$453,000	$0	$0	$453,000

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Yopal, diciembre 15, 2021

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)

Yopal

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:

TARJETA DE IDENTIDAD	**1222117305**	**Eliana Sofia Montes Ramirez**	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 ingres*os 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: ELIANA ANDREA RAMIREZ AVILA

C.C. __52.732.598 de Bogotá d.c.

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1.222.117.305

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO Indicativo Serial 54273154

54273154

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

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

REGISTRADURIA DE YOPAL-H LA YOPAL - COLOMBIA - CASANARE - YOPAL.....

Datos del inscrito

Primer Apellido: MONTES..... Segundo Apellido: RAMIREZ.....

Nombre(s): ELIANA SOFIA.....

Fecha de nacimiento: Año 2014 Mes ENE Día 26 | Sexo (en letras): FEMENINO..... | Grupo sanguíneo: O..... | Factor RH: POSITIVO

Lugar de nacimiento (Pais - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección): COLOMBIA CASANARE YOPAL.....

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO..... | Número certificado de nacido vivo: 12472576-6.....

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: RAMIREZ AVILA ELIANA ANDREA.....

Documento de Identificación (Clase y número): CC 52.732.598..... | Nacionalidad: COLOMBIA.....

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: MONTES GARAVITO CARLOS ENRIQUE.....

Documento de Identificación (Clase y número): CC 18.858.867..... | Nacionalidad: COLOMBIA.....

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: MONTES GARAVITO CARLOS ENRIQUE.....

Documento de Identificación (Clase y número): CC 18.858.867..... | 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: Año 2014 Mes ENE Día 27

Nombre y firma del funcionario que autoriza: HEILER MENA MENA - REGISTRADOR...

Nombre y firma

Reconocimiento paterno: Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento: Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

ES FIEL FOTOCOPIA AUTENTICA TOMADA DEL ORIGINAL
DEL ARCHIVO DE LA REGISTRADURIA DEL ESTADO CIVIL

REGISTRADURÍA

HEILER MENA MENA

REGISTRADOR ESPECIAL DEL ESTADO CIVIL

Fecha 28 de enero 2014


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD
NÚMERO 1.222.117.305
MONTES RAMIREZ
APELLIDOS
ELIANA SOFIA
NOMBRES
Eliana Sofia
FIRMA
FECHA DE NACIMIENTO 26-ENE-2014
YOPAL
(CASANARE)
LUGAR DE NACIMIENTO
26-ENE-2032
FECHA DE VENCIMIENTO
O+
G.S. RH
F
SEXO
01-MAR-2021 YOPAL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
P-4600100-01230602-F-1222117305-20210430
0074258702A 1
650161673