

 <p>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</p>	<p align="center">DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES)</p> <p align="center">REGIONAL DISTRITO CAPITAL</p> <p align="center">CENTRO DE GESTION ADMINISTRATIVA-BTA D C - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION</p> <p>Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1</p> <p align="center">Resolución DIAN N° 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)</p>		<p>Código Regional</p>	<p>11</p>
			<p>Código Centro</p>	<p>940410</p>
			<p>Fecha Elaboración</p>	<p>Febrero de 2022</p>
			<p>Versión</p>	<p>ENERO 2022 - 1,22</p>
			<p>ID de Proceso</p>	<p>53291-449967</p>
		<p>No. de documento</p>	<p>354494</p>	
<p align="center">DATOS DEL CONTRATISTA</p>				
<p>Nombres y apellidos contratista:</p>		<p>MIGUEL ANGEL GALINDO RODRIGUEZ</p>		<p>C.C.</p>
<p>Correo electrónico contratista:</p>		<p>magalindoro@sena.edu.co</p>		<p>79.664.709</p>
<p>Régimen del IVA:</p>		<p>☐ NO RESPONSABLE</p>	<p>Pertenece al régimen simple de tributación?</p>	<p>☐ NO</p>
		<p>Es declarante de renta?</p>	<p>☐ NO</p>	<p>Es Pensionado?</p>
<p>Sus ingresos en el 2021 fueron iguales o superiores</p>		<p>☐ NO</p>	<p>Inducción SST</p>	<p>☐ SI</p>
		<p>Presta Servicios Excluidos de IVA ?</p>	<p>☐ SI</p>	
<p>Banco al cual consignar:</p>		<p>BANCO DE BOGOTA</p>	<p>Tipo de cta</p>	<p>AHORROS</p>
		<p>N° Cuenta</p>	<p>492412655</p>	
<p>Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato?</p>		<p>☐ NO</p>	<p>Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2022 supera los \$ 125'413.200</p>	<p>☐ NO</p>
<p align="center">DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO</p>				
<p>N° del contrato:</p>	<p>3356885/2022</p>	<p>N° Compromiso SIIF</p>	<p>34722</p>	
<p>Valor Total del Contrato</p>	<p>\$ 39.500.100</p>	<p>N ° Pago</p>	<p>Periodo objeto de pago</p>	
<p>Saldo Anterior del Contrato</p>	<p>\$ 39.500.100</p>	<p>1</p>	<p>Del</p>	<p>AI</p>
<p>Nuevo Saldo del Contrato</p>	<p>\$ 35.550.090</p>		<p>01/02/2022</p>	<p>28/02/2022</p>
		<p>Legalización comisiones del periodo</p>	<p>\$ 0,00</p>	
<p>OBJETO CONTRACTUAL:</p>		<p>INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL PROGRAMADA POR EL CENTRO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA EN SU SEDE PRINCIPAL, SUBSEDE Y ORGANIZACIONES, PARA LA EJECUCIÓN DE ACCIONES DE FORMACIÓN TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA</p>		
<p>(Descripción del servicio prestado)</p>				
<p align="center">RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO</p>				
<p>Ingresos por honorarios</p>	<p>\$ 3.950.010</p>	<p>Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°</p>	<p>0,00%</p>	
<p>Ingresos de otros meses cobrados en el mes</p>	<p>\$ 0</p>	<p>Retención en la Fuente del Periodo</p>	<p>\$ 0</p>	
<p>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</p>	<p>\$ 3.950.010</p>	<p>Menos, Retefuente Otros Ingresos</p>	<p>\$ 0</p>	
<p>BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE</p>	<p>\$ 2.328.382</p>	<p>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</p>	<p>\$ 0</p>	
<p align="center">LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR</p>				
<p>N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS</p>	<p>-----</p>	<p>Febrero</p>	<p>Enero</p>	<p>Valor Base retención en la fuente</p>
<p>Ingreso Base de Cotización - IBC</p>	<p>\$ 1.580.004</p>	<p>\$ 0</p>	<p>\$ 0</p>	<p>2.328.382,00</p>
<p>Aporte obligatorio a seguridad social salud</p>	<p>\$ 197.600</p>	<p>\$ 0</p>	<p>\$ 0</p>	<p>3.499.510,00</p>
<p>Aporte obligatorio a seguridad social Pensión</p>	<p>\$ 252.900</p>	<p>\$ 0</p>	<p>\$ 0</p>	<p>Valor base IVA</p>
<p>Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional</p>	<p>\$ -</p>	<p>\$ 0</p>	<p>\$ 0</p>	<p>0,00</p>
<p>ARL</p>	<p>\$ 8.300</p>	<p>\$ 0</p>	<p>\$ 0</p>	<p>IVA (Si es RESPONSABLE)</p>
<p>Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias</p>	<p>\$ -</p>	<p>\$ -</p>	<p>\$ -</p>	<p>0,00</p>
<p>Aportes voluntarios a cuentas AFC</p>	<p>\$ -</p>	<p>\$ -</p>	<p>\$ -</p>	<p>Menos Retención en la Fuente</p>
<p>Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.522.064</p>	<p>\$ -</p>	<p>\$ -</p>	<p>\$ -</p>	<p>0,00</p>
<p>Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.800.400</p>	<p>\$ -</p>	<p>\$ -</p>	<p>\$ -</p>	<p>Menos Retencion IVA</p>
<p>Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes</p>	<p>\$ -</p>	<p>\$ -</p>	<p>\$ -</p>	<p>0,00</p>
<p>Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes</p>	<p>\$ -</p>	<p>\$ -</p>	<p>\$ -</p>	<p>15%</p>
<p>Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes</p>	<p>\$ -</p>	<p>\$ -</p>	<p>\$ -</p>	<p>Reteica - 8299</p>
<p>Dependientes hasta \$ 1.216.128</p>	<p>\$ 395.001</p>	<p>\$ -</p>	<p>\$ -</p>	<p>33.805,00</p>
<p>Salud hasta \$ 608.064</p>	<p>\$ -</p>	<p>\$ -</p>	<p>\$ -</p>	<p>0,966%</p>
<p>Renta Exenta 25% \$ 9.120.960</p>	<p>\$ 776.127</p>	<p>\$ -</p>	<p>\$ -</p>	<p>Otras Retenciones</p>
<p>Retención en la Fuente Contingente</p>	<p>\$ -</p>	<p>\$ -</p>	<p>\$ -</p>	<p>0,00</p>
		<p>VALOR A PAGAR</p>	<p>\$ 3.916.205,00</p>	
<p align="center">SON: TRES MILLONES NOVECIENTOS DIECISEIS MIL DOSCIENTOS CINCO PESOS M/CTE</p>				
<p align="center">ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO</p>				
<p>Atender la formación presencial de aprendices en el área específica del respectivo programa de formación, en las fases o Competencias establecidas y programadas, y de acuerdo con las disposiciones normativas expedidas por la autoridad local o nacional en materia sanitaria, la formación será orientada a través de medios tecnológicos mediante la modalidad de trabajo en casa.</p> <p>Orientar y apoyar a los aprendices en el desarrollo de proyectos formativos y/o productivos en las respectivas etapas de formación.</p> <p>Garantizar la actualización de los contenidos y tecnologías, de las fases o Competencias en las cuales se desarrolla la formación de los aprendices.</p> <p>Así mismo, de acuerdo con el área de desempeño para la cual fue seleccionado deberá orientar la formación, para desarrollar en los aprendices las competencias del programa.</p> <p>Cumplimiento del manual, estándares y lineamientos vigentes para la orientación de procesos de formación a través de ambientes virtual</p>				
<p>PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:</p>				
<p>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.</p>				
<p align="right">MIGUEL ANGEL GALINDO RODRIGUEZ EL CONTRATISTA</p>				
<p align="center">CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>				
<p>En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:</p>				
<p>1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;</p>				
<p>2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;</p>				
<p>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.</p>				
<p align="right">ADRIANA PATRICIA BALEN SUAREZ INSTRUCTOR G11</p>				
<p align="center">Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:</p>				
<p align="center">EL ORDENADOR DEL PAGO</p>				
<p align="center">WAINE ANTONY TRIANA ALBIS SUBDIRECTOR DE CENTRO G02</p>				

Bogotá, Febrero 21 de 2022

Señor:
GALINDO RODRIGUEZ MIGUEL ANGEL
CC. 79664709
CR 3 8A 68 SUR - 2801659
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Diciembre 16 de 2013. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
GALINDO RODRIGUEZ ANGEL LUCIANO	1021686216	T	Dic-16-2013	56	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
GALINDO RODRIGUEZ MAYA	102914548	P	Nov-18-2007	0	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	NO VIGENTE	Dic-16-2013	Usuario Duplicado	Ninguna
GALINDO RODRIGUEZ MAYA SOFIA	1029145481	T	Nov-29-2007	71	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
RODRIGUEZ HERRERA ADRIANA CAROLINA	52832370	C	Jul-9-1999	487	207	SEGUNDO COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
GALINDO RODRIGUEZ MIGUEL ANGEL	79664709	C	Dic-16-2013	59	0	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
RODRIGUEZ HERRERA ADRIANA CAROLINA	81071606392	T	Jul-9-1999	246	0	HIJO DE 18 A 25 AÑOS	NO VIGENTE	Ene-31-2007	Exclusión o anulación de la afiliación	Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
DRILLING AND WORKOVER SERVICES LTDA	79664709	Dependiente	CERRADO
MIGUEL ANGEL GALINDO RODRIGUEZ	79664709	Independiente Voluntario al Sistema de Riesgos Lab	VIGENTE
PRODUCTOS LA SORELA SAS	79664709	Dependiente	CERRADO
RENT AND SERVICES S A S	79664709	Dependiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

JAVIER CARREÑO
GERENTE DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS S.A.

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación,

siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **GALINDO RODRIGUEZ MIGUEL ANGEL** identificado(a) con **CC** número **79.664.709** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 12 de octubre de 2004 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 21 de febrero de 2022.

Cordialmente,


Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:

Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**

Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**

www.proteccion.com

2022022110431

**POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6**

CERTIFICA QUE:

Verificada la base de datos de la compañía se encontró que el señor MIGUEL ANGEL GALINDO RODRIGUEZ, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 79664709, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 01/02/2022 y fecha fin de contrato 30/11/2022 con riesgo 1.

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior en caso de tener un nuevo contrato deberá realizar una nueva afiliación, para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202201012543102.

Esta certificación se expide a los 17 días del mes de Febrero de 2022.

Cordialmente

**GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.**

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que MIGUEL GALINDO, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 79.664.709 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 492412655, abierta/o desde el 18/8/2005.

Se expide en Bogotá el día 21 del mes de Febrero del año 2022 con destino a: Servicio Nacional de Aprendizaje SENA



Firma Autorizada

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 17 de febrero de 2022

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:

T.I.	1029145481	MAYA SOFIA GALINDO RODRIGUEZ	HIJO
T.I.	1021686216	ANGEL LUCIANO GALINDO RODRIGUEZ	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: MIGUEL ANGEL GALINDO RODRIGUEZ

C.C. 79664709

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

**REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO**

Indicativo
Serial

42670501

NUIP 1029145481

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒

Notaría ☐

Número ☐

Consulado ☐

Corregimiento ☐

Inspección de Policía ☐

Código D Q

País - Departamento - Municipio - corregimiento e/o Inspección de Policía
REGISTRADURIA DE ANT NARIÑO-H SAN JOSE COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA

Datos del inscrito

Primer Apellido

Segundo Apellido

GALINDO***** RODRIGUEZ*****

Nombre(s)

MAYA SOFIA*****

Fecha de nacimiento

Sexo (en letras)

Grupo sanguíneo

Factor RH

Año 2 0 0 7

Mes N O V

Día 1 8

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 8306803*****

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

RODRIGUEZ HERRERA ADRIANA CAROLINA*****

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CECULA DE CIUDADANIA 0052832370*****

COLOMBIA*****

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

GALINDO RODRIGUEZ MIGUEL ANGEL*****

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CECULA DE CIUDADANIA 0079664709*****

COLOMBIA*****

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

GALIN RODRIGUEZ MIGUEL ANGEL*****

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

CECULA DE CIUDADANIA 0079664709*****

Miguel Rodriguez

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 2 0 0 7

Mes N O V

Día 2 7

ANGELA SHEILA BONILLA LANCHEROS**