

 <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	15
	REGIONAL BOYACÁ		Código Centro	911110
	CENTRO MINERO- BOYACA - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION		Fecha Elaboración	Abril de 2022
	Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Versión	ENERO 2022 - 1,22
	Resolución DIAN N° 18764024257695 autoriza desde 360,001 hasta 750,000 (Enero 18 de 2022)		ID de Proceso	70441-164412
			No. de documento	394453

DATOS DEL CONTRATISTA			
Nombres y apellidos contratista:	ADRIANA MARCELA MAYORGA ESGUERRA	C.C.	53.083.001
Correo electrónico contratista:	amayorgae@sena.edu.co	IP/N° de contacto	3108511137
Régimen del IVA:	☐ NO RESPONSABLE	Pertenece al régimen simple de tributación?	☐ NO
		Es declarante de renta?	☐ NO
		Es Pensionado?	☐ NO
Sus ingresos en el 2021 fueron iguales o superiores	☐ NO	Inducción SST	☐ SI
		Presta Servicios Excluidos de IVA ?	☐ SI
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA	Tipo de cta	AHORROS
		N° Cuenta	35895269822
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 2022 supera los \$ 125'413.200	☐ NO

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO			
N° del contrato:	3276831/2022	N° Compromiso SIIF	2822
Valor Total del Contrato	\$ 38.150.000	N° Pago	3
Saldo Anterior del Contrato	\$ 30.520.000	Periodo objeto de pago	Del 01/04/2022 Al 30/04/2022
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 26.705.000	Legalización comisiones del periodo	\$ 0,00

OBJETO CONTRACTUAL:			
(Descripción del servicio prestado)		INSTRUCTOR: PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES PARA PLANEAR, ORIENTAR Y EVALUAR ACTIVIDADES DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL QUE IMPARTE EL CENTRO MINERO EN EL ÁREA DE BILINGÜISMO EN EL PROGRAMA DE FORMACION VIRTUAL DE CONF. RADICADO 15-9-2022-000316	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Ingresos por honorarios	\$ 3.815.000	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	\$ 3.815.000	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 2.248.875	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	Abril	Marzo	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.526.000	\$ 1.526.000	Valor Base retención en la fuente 2.248.875,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 190.800	\$ 190.800	Valor Base retención en la fuente ICA 3.380.000,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 244.200	\$ 244.200	Valor base IVA 0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00
ARL II	\$ 16.000	\$ 16.000	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 0,00
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.522.064	\$ -		0,00
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.800.400	\$ -		0,00
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		0,00
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		0,00
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		0,00
Dependientes hasta \$ 1.216.128	\$ 381.500		0,00
Salud hasta \$ 608.064	\$ -		0,00
Renta Exenta 25% \$ 9.120.960	\$ 749.625		0,00
Retención en la Fuente Contingente \$ -			0,00
			VALOR A PAGAR \$ 3.815.000,00

SON: TRES MILLONES OCHOCIENTOS QUINCE MIL PESOS M/CTE	
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO	
<p>Planear, orientar y evaluar la formación profesional, aplicando las guías y procedimientos emitidos por la Dirección de Formación Profesional del SENA, el Sistema Integrado de Gestión y Autocontrol SIGA, los lineamientos del equipo pedagógico y las orientaciones de la Coordinación Académica</p> <p>Ejecutar las actividades académicas a las que sea convocado por la Subdirección de Centro supervisión del contrato y/o las coordinaciones</p> <p>Registrar, verificar, actualizar y hacer seguimiento oportuno en los sistemas de información que la entidad defina para la Gestión de la Formación Profesional Integral</p> <p>Aportar de manera oportuna la documentación necesaria para verificar el cumplimiento del objeto contractual</p> <p>Rendir los informes de las acciones y los productos resultantes del proceso de aprendizaje, dentro de los plazos y formatos establecidos</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>ADRIANA MARCELA MAYORGA ESGUERRA EL CONTRATISTA</p>
---	---

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO	
<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>Autorizo el presente pago. El Supervisor,</p> <p>ANA MARIA MONGUI GALVIS INSTRUCTOR G09</p>

<p>Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:</p> <p>EL ORDENADOR DEL PAGO</p>
--

<p>JUAN CARLOS PINILLA HOLGUIN SUBDIRECTOR DE CENTRO G02</p>

PAGADO 05/04/2022 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ADRIANA MARCELA MAYORGA ESGUERRA		
Documento	CC53083001	Dirección	CL 14 #58 - 4
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	7719215
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	SOGAMOSO	Departamento	BOYACA
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total			
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TAE	TDP	TAP	USP	COR	VST	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 53083001	ADRIANA MARCELA MAYORGA ESGUERRA	59	00															0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	\$ 1.526.000	\$ 244.200	(EPS005) EPS SANITAS	\$ 1.526.000	\$ 190.800	1,044	\$ 1.526.000	\$ 16.000	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 451.000

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 1.526.000	\$ 1.526.000	\$ 1.526.000	\$ 0	\$ 244.200	\$ 190.800	\$ 16.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 451.000	\$ 0	\$ 451.000

Transacción Aprobada

Su planilla ha sido enviada y pagada con éxito. Por favor imprima este comprobante como soporte del envío y pago de su planilla.



Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900089104-5
Razón Social del Operador de Información	ARUS (antes Enlace Operativo)
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2022-04-05, 11:05:10 PM en horario extendido
Periodo de Cotización Otros Riesgos	marzo de 2022
Periodo de Cotización Para Salud	marzo de 2022
Empresa	ADRIANA MARCELA MAYORGA ESGUERRA
CEDULA CIUDADANIA	CC 53083001
Código Sucursal (Nombre)	()
Referencia de Pago/ Número Planilla	54101943
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	1401054912
Banco	(1007) - BANCOLOMBIA
Valor	\$ 451.000
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	www.suaporte.com.co

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N800224808	230301	PORVENIR	1	\$ 244.200	\$ 0
N800251440	EPS005	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.	1	\$ 190.800	\$ 0
N860011153	14-23	ARP - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1	\$ 16.000	\$ 0
SubTotales:				\$ 451.000	\$ 0
Total a Pagar:					\$ 451.000



CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Sogamoso, Abril

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.	1034298115	Santiago Abdullah	HIJO
T.I.	1034298116	Sophia Abdullah	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 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: ADRIANA MARCELA MAYORGA ESGUERRA

C.C. 53.083.001

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

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

51047861

NUIP ***1034298115**

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número 01 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código 1001

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección de Policía
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C. - NOTARIA PRIMERA

Datos del inscrito

Primer Apellido

Segundo Apellido

ABDULLAH

MAYORGA

Nombre(s)

SANTIAGO

Fecha de nacimiento

Sexo (en letras)

Grupo sanguíneo

Pastor RM

Año

2004

Mes

01

Día

19

MASCULINO

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

ESTADOS UNIDOS - CALIFORNIA - SACRAMENTO

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

Número certificado de nacido vivo

CERTIFICADO DE NACIMIENTO E INSCRIP POR CORREO

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

MAYORGA ESGUERRA ADRIANA MARCELA

Nacionalidad

Documento de identificación (Clase y número)

COLOMBIANO(A)

CCNE 53 083 001 DE BOGOTÁ

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

ABDULLAH JOSEPH SAHIR

Nacionalidad

Documento de identificación (Clase y número)

ESTADOUNIDENSE

PP NE 058257372 DE ESTADOS UNIDOS

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

ESGUERRA DE MAYORGA LUZ AMELIA

Documento de identificación (Clase y número)

CCNE 41 425 865 DE BOGOTÁ

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

2010

Mes

SEP

Día

09

Reconocimiento paterno

Firma

ESPACIO PARA NOTAS

NOTARIA PRIMERA DEL CIRCULO DE BOGOTÁ
Es fiel Copia Del Original Dado en Bogotá D.C. Valde p...
demostrar parentesco.
R.C.

14 JUL 2010

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

51047862

NUIP ***1034298116**

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número 01 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código 1001

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C. - NOTARÍA PRIMERA

Datos del inscrito

Primer Apellido Segundo Apellido
ABDULLAH **MAYORGA**

SOPHIA

Nombre(s)
Fecha de nacimiento Sexo (en letras) Grupo sanguíneo Factor RH
Año 2007 Mes AGO Día 05 **FEMENINO** ****

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección)
ESTADOS UNIDOS - CALIFORNIA - SACRAMENTO

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIMIENTO E INSCRIPCIÓN POR CORREO ****

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos
MAYORGA ESGUERRA ADRIANA MARCELA

Documento de identificación (Clase y número) Nacionalidad
CCNº 53 083 001 DE BOGOTÁ **COLOMBIANO(A)**

Datos del padre

Apellidos y nombres completos
ABDULLAH JOSEPH SAHIR

Documento de identificación (Clase y número) Nacionalidad
PP Nº 058257372 DE ESTADOS UNIDOS **ESTADOUNIDENSE**

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos
ESGURRERA DE MAYORGA LUZ AMELIA

Documento de identificación (Clase y número) Firma
CCNº 41 425 865 DE BOGOTÁ *[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 2010 Mes SEP Día 09

Reconocimiento paterno
Nombre y firma del funcionario que autoriza
ENCARGADO

Firma

ESPACIO PARA NOTAS

NOTARÍA PRIMERA DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ
Es fiel Copia del Original dada en Bogotá D.C. Válida para demostrar parentesco.

RC 25 NOV 2015
REPUBLICA DE COLOMBIA
NOTARIO
NOTARÍA PRIMERA DE BOGOTÁ

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO