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 DISTRITO CAPITAL
CENTRO DE GESTION ADMINISTRATIVA-BTA D C - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION
Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1
Resolución DIAN Nº 18764024257695 autoriza desde 360,001 hasta 750,000 (Enero 18 de 2022)

Código Regional	**11**
Código Centro	**940410**
Fecha Elaboración	**Junio de 2022**
Versión	**MAYO 2022 - 2,22**
ID de Proceso	**15921-093578**
No. de documento	**466366**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	CLARA INES ORTIZ RODRIGUEZ	**C.C.**	27.887.116	**IP/Nº de contacto**	16017
Correo electrónico contratista:	orci@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 2021 fueron iguales o superiores	NO	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**		SI	
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		18807225932	
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

Nº del contrato:	3358347/2022			**Nº Compromiso SIIF**		**37522**	
Valor Total del Contrato	$ 39.500.100	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 23.700.060	**5**	**Del**	**01/06/2022**	**Al**	**30/06/2022**	**$ 3.950.010,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 19.750.050		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

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

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.950.010	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	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 3.950.010**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.099.706**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**		**$ 0**

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

	Junio	**Mayo**
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**58789859**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.580.004	$ 1.580.004
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 197.600	$ 197.600
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 252.900	$ 252.900
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 8.300	$ 8.300
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 $ 3.800.400	$ 844.051	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Dependientes hasta $ 1.216.128	$ 395.001	
Salud hasta $ 608.064	$ 277.830	
Renta Exenta 25% $ 9.120.960	$ 495.657	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.099.706,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.499.510,00	
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 - 8299	33.805,00	0,966%
-	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	**$ 3.916.205,00**	

SON: TRES MILLONES NOVECIENTOS DIECISEIS MIL DOSCIENTOS CINCO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Orientar Formación Profesional Integral a los aprendices según programación de fichas.
Acompañamiento a los aprendices en el desarrollo de procesos productivos y/o formativos.
Actualizar contenidos y tecnologías en las diversas competencias del programa de formación.
Elaboración y entrega de formatos y documentos requeridos en el proceso académico administrativo.

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.

CLARA INES ORTIZ RODRIGUEZ
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,

CLAUDIA PILAR POVEDA CORTES
INSTRUCTOR G20

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

WAINE ANTONY TRIANA ALBIS
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	27887116	CLARA INES ORTIZ RODRIGUEZ	CRA 69D No. 1- 70 SUR TORRE 3 APTO 602	6955168	orci1939@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-05	2022-05	I	15/06/2022	58789859	$490.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	197.600	0		0		0	0	0	0	197.600	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	252.900	0	0	0	0	0	0		252.900	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	8.300				8.300	0	0	8.300			83	8.300	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	31.700	0	0	31.700	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	197.600	197.600
Pensión	1	252.900	252.900
Riesgos Laborales	1	8.300	8.300
CCF	1	31.700	31.700
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	490.500	490.500

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	27887116	CLARA INES ORTIZ RODRIGUEZ	CRA 69D No. 1- 70 SUR TORRE 3 APTO 602	6955168	orci1939@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-05	2022-05	I	15/06/2022	58789859	$490.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	27887116	ORTIZ RODRIGUEZ CLARA INES	59	0			N																	25-14	1.580.004	252.900	0	0	0	0	EPS008	1.580.004	197.600	14-23	1.580.004	1	8.300	CCF24	1.580.004	31.700	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) CLARA INES ORTIZ RODRIGUEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 27887116 el día 16/06/2022 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el SENA.

La presente constancia tiene validez al interior de la entidad, en la generación de una cultura institucional incluyente, como acción afirmativa para promover acciones integrales y accesibles para las Personas con Discapacidad, de acuerdo con lo contenido en la Resolución 1726 de 2014, mediante la cual el SENA adopta su Política Institucional para la atención de personas con discapacidad.

Dirección de Empleo y Trabajo - Secretaría General - SENA

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas

NIT 899.999.2844

CERTIFICADO DE INTERESES
CERTIFICADO SOBRE CRÉDITO HIPOTECARIO
AÑO GRAVABLE 2021

CRÉDITO PARA VIVIENDA

Nombre del Titular:	CLARA INES ORTIZ RODRIGUEZ
Número de Documento:	27887116
Nombre del Titular 2:	RAFAEL FANDIÑO BENAVIDES
Número de Documento:	79356245
Número de Crédito:	7935624504
Fecha de desembolso:	04/06/2013
Valor desembolsado Año Gravable:	$ 174,817,300.00
Saldo a: 31/12/2021 (288.6191)	$204,296,972.37
Saldo a: 31/12/2020 (275.0626)	$200,228,760.51
Pagos del Período Capital e Intereses:	$ 20,257,230.25
Valor deducible por Intereses y UVR	$ 20,257,230.25
Fecha de Generación: 31/12/2021	

PARA PRÉSTAMOS DE ADQUISICIÓN DE VIVIENDA, LA DEDUCCIÓN ESTARÁ LIMITADA A 1200.0 UVT EQUIVALENTES A $43,570,000.00 PARA EL AÑO GRAVABLE 2021 SEGÙN ART. 51 DE LA LEY 1111 DEL 27 DE DICIEMBRE DE 2006 QUE ADICIONA EL ART. 868-1 DEL ESTATUTO TRIBUTARIO.

NO REQUIERE FIRMA (ART. 10 D.R. 836/91)

compensar | salud
Plan Complementario

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

El(la) señor(a) CLARA INES ORTIZ RODRIGUEZ identificado(a) con cedula ciudadania No. 27887116, canceló la suma de TRES MILLONES TRESCIENTOS TREINTA Y TRES MIL NOVECIENTOS SESENTA PESOS ($3.333.960,00) por concepto de PC ESPECIAL CON POS durante el 2021

Beneficiarios contrato:

Nombre	Identificación	Parentesco	Base Cálculo IVA	Valor IVA	Valor Cancelado
CLARA INES ORTIZ RODRIGUEZ	27887116	TR	$ 1,058,400	$ 52,920	$ 1,111,320
RAFAEL FANDINO BENAVIDES	79356245	CY	$ 1,058,400	$ 52,920	$ 1,111,320
SARA SOFIA FANDINO ORTIZ	1014870526	HI	$ 1,058,400	$ 52,920	$ 1,111,320
Total			**$ 3,175,200**	**$ 158,760**	**$ 3,333,960**

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), para efectos Tributarios, en Bogotá a los 9 días del mes de febrero de 2022.

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS. Cualquier aclaración, con gusto será atendida en nuestra Línea de Atención de Servicios de Salud (601) 3078088, exclusiva para Plan Complementario Especial y Plan Complementario Vital.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO COMPENSAR

CER-PAS 12596810

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 16 de Junio 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.	**1014870526**	**SARA SOFIA FANDIÑO ORTIZ**	**HIJO**

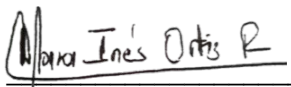
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Elija un elemento.

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: CLARA INES ORTIZ RODRIGUEZ

C.C. 27887116

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1014870526

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 43561640

43561640

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 52 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** A 3 H

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C.

Datos del Inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
FANDIÑO	ORTIZ

Nombre(s)
SARA SOFIA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2009 Mes JUL Día 02	FEMENINO	A	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	51932526 - 5

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos
ORTIZ RODRIGUEZ CLARA INES

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.No.27887116	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos
FANDIÑO BENAVIDES RAFAEL

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.No.79.356.245	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos
FANDIÑO BENAVIDES RAFAEL

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C.No.79.356.245	

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 2009 Mes JUL Día 04	JULIO S. GARCIA MONTES Nombre y firma

Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

NOTARIA 52 DE BOGOTA, D.C.
REGISTRO CIVIL
El presente Registro es copia (fotocópia) auténtica tomada del original que reposa en nuestros archivos de Registro Civil de Nacimiento. Válido para acreditar parentesco.
Se expide a solicitud de Rafael Fandiño
Bogotá D.C. 07 JUL 2009

NOTARIA 52 DE BOGOTA D.C. MARCO AURELIO ESPITIA P. NOTARIO ENCARGADO

Luz Stella Mendez Revisado

IMPRESO POR BARRANQUILLO S.A. NIT. 860.013.711-5 10393 10-2008

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -