

 <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	88
	REGIONAL SAN ANDRÉS		Código Centro	953910
	CENTRO DE FORMACION TURISTICA, GENTE DE MAR Y DE SERVICIOS -SAN ANDRES - SERVICIOS PR		Fecha Elaboración	10 de Agosto de 2022
	Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Versión	MAYO 2022 - 2,22
	Resolución DIAN N° 18764024257695 autoriza desde 360,001 hasta 750,000 (Enero 18 de 2022)		ID de Proceso	78373-763614
			No. de documento	511790

DATOS DEL CONTRATISTA			
Nombres y apellidos contratista:	WILDA SHILIMA ONEILL CORPUS	C.C.	40.993.699
Correo electrónico contratista:	wildaoneill@misena.edu.co	IP/N° de contacto	3157605679
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:	BANCO DE BOGOTA	Tipo de cta	AHORROS
		N° Cuenta	674019708
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:	3385281/2022	N° Compromiso SIIF	21422
Valor Total del Contrato	\$ 26.023.257	N ° Pago	7
Saldo Anterior del Contrato	\$ 8.674.419	Periodo objeto de pago	Del 01/08/2022 Al 31/08/2022
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 5.782.946	Legalización comisiones del periodo	\$ 0,00
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)			
CO1.PCCNTR.3385281; PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES COMO INSTRUCTOR DE INGLÉS PARA EL DESARROLLO DE ACCIONES DE FORMACIÓN EN LOS PROGRAMAS COMPLEMENTARIOS DE BILINGÜISMO VIRTUAL DEL SENA REGIONAL SAN ANDRÉS.			

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Ingresos por honorarios	\$ 2.891.473	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	\$ 2.891.473	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 1.503.545	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	Agosto	Julio	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.156.589	\$ 1.156.589	Valor Base retención en la fuente 1.503.545,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 144.600	\$ 144.600	Valor Base retención en la fuente ICA 2.561.773,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 185.100	\$ 185.100	Valor base IVA 0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00
ARL	\$ 6.100	\$ 6.100	Menos Retención en la Fuente 0,00
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ 150.400		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	\$ 289.147		0,00
Salud hasta \$ 608.064	\$ 117.500		0,00
Renta Exenta 25% \$ 9.120.960	\$ 501.182		0,00
Retención en la Fuente Contingente	\$ -		0,00
			VALOR A PAGAR \$ 2.891.473,00

SON: DOS MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA Y UN MIL CUATROCIENTOS SETENTA Y TRES PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO	
<p>Dar respuesta oportuna a los correos enviados ya sea por los directivos de la Entidad</p> <p>Entregar los informes mensuales a su supervisor de actividades según la fase en que se encuentre el curso</p> <p>Generar ruta de aprendizaje en Sofía Plus.</p> <p>Asociar aprendices en el aplicativo Sofía Plus.</p> <p>Planear y ejecutar las actividades relacionadas en la guía de aprendizaje.</p> <p>Apoyar la gestión del programa para el posicionamiento Regional y Nacional.</p> <p>Participar activamente en el cumplimiento de las metas de la Regional</p> <p>Cumplir con lo previsto en la Guía del Tutor, a fin de garantizar el buen desarrollo de los cursos.</p> <p>Usar las herramientas disponibles en el ambiente virtual de aprendizaje para fortalecer la formación.</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>WILDA SHILIMA ONEILL CORPUS 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>RUSSELL SOLANO ARNOLD ROMMOULLOUS PROFESIONAL G08</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>	

LEONORA BARRAGAN BEDOYA
 DIRECTORA REGIONAL CON FUNCIONES DE SUBDIRECTORA DE CENTRO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 40993699		ONEILL CORPUS WILDA SHILIMA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	EL CABALLETE	PROVIDENCIA-SAN ANDRES	5148564	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2022-07	2022-07	1573631616		9436994580	I	2022/08/23	2022/07/28	BANCOLOMBIA	\$327,600

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)					\$1,128,400	\$180,600			\$1,128,400	\$141,100			\$0	\$0			\$1,128,400	\$5,900		\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,128,400	\$180,600			\$1,128,400	\$141,100			\$0	\$0			\$1,128,400	\$5,900		\$0	\$0
Ciudad: PROVIDENCIA Depto: SAN ANDRES (1 Afiliados)					\$1,128,400	\$180,600			\$1,128,400	\$141,100			\$0	\$0			\$1,128,400	\$5,900		\$0	\$0
1	CC 40993699	O'NEILL WILDA	230301	30	\$1,128,400	\$180,600	EPS005	30	\$1,128,400	\$141,100		0	\$0	\$0	14-23	30	\$1,128,400	\$5,900	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$1,128,400	\$180,600			\$1,128,400	\$141,100			\$0	\$0			\$1,128,400	\$5,900		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 40993699		ONEILL CORPUS WILDA SHILIMA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	EL CABALLETE	PROVIDENCIA-SAN ANDRES	5148564	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-07	2022-07	1573631616	9436994580	I	2022/08/23	2022/07/28	BANCOLOMBIA	0	\$327,600

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$180,600	\$0	\$0	\$180,600	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$180,600	\$0	\$0	\$180,600	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$5,900	\$0	\$0	\$5,900	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$5,900	\$0	\$0	\$5,900	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$141,100	\$0	\$0	\$141,100	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$141,100	\$0	\$0	\$141,100	
TOTAL				1	\$327,600	\$0	\$0	\$327,600	

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 31 de agosto de 2022

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIAJE (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.	1030220279	DAYSHIL LEONICIA BAO ONEILL	HIJO
T.I.	1123893626	ZYMOND JOYNER JAY ONEILL	HIJO
T.I.	1123639943	KAROLYN SHILIMA ONEILL CORPUS	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: WILDA SHILIMA ONEILL CORPUS

C.C. 40993699

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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



1018189
031819

NUIP 1.030.220.279

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

32831135

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina							
Registraduría ☒	Notaría ☐	Número <input type="text"/>	Consulado ☐	Corregimiento ☐	Inspección de Policía ☐	Código	A H Q
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía							
REGISTRADURIA DE HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE SAN ANDRES AMOR DE PATRIA							

Datos del inscrito			
Primer Apellido		Segundo Apellido	
BAO		O'NEILL	
Nombre(s)			
DAYSHIL LEONICIA			
Fecha de nacimiento		Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo
Año	Mes	Día	Factor RH
2009	JUL	08 FEMENINO	NEGATIVO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)			
COLOMBIA SANANDRES SAN ANDRES			

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	51146633-5

Datos de la madre	
Apellidos y nombres completos	
O'NEILL CORPUS WILDA SHILIMA	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 40.993.699	COLOMBIA

Datos del padre	
Apellidos y nombres completos	
BAO HOYOS DANNY	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 18.011.289	COLOMBIA

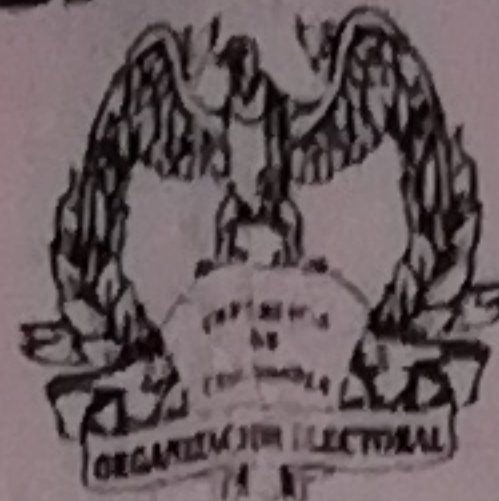
Datos del declarante	
Apellidos y nombres completos	
BAO HOYOS DANNY	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 18.011.289	

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	Mes	Día	Nombre y firma
2009	JUL	09	ROQUELINA EDEN

SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO



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

**REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO**

Indicativo
Serial

55449976



NUIP 1.123.893.626.-

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐	Notaría ☒	Número <input type="text"/>	Consulado ☐	Corregimiento ☐	Inspección de Policía ☐	Código 7 2 0 1
--	---	-----------------------------	------------------------------------	--	--	----------------

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA-DEPARTAMENTO ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRES ISLA (NOTARIA UNICA DE SAI)

Datos del inscrito

Primer Apellido		Segundo Apellido	
JAY		O'NEILL	
Nombre(s)			
ZYMOND JOYNER			
Fecha de nacimiento		Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo
Año 2 0 1 6	Mes M A R	Día 2 2	MASCULINO
Factor RH		NEGATIVO	
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)			
COLOMBIA-DEPARTAMENTO ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRES ISLA.			

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO.

Número certificado de nacido vivo

13288155-1

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos	
O'NEILL CORPUS WILDA SHILIMA	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.Nº 40.993.699 DE SAN ANDRES ISLA.	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos	
JAY ARCHBOLD JOYNER	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.Nº 1.047.426.571 DE CARTAGENA-BOLIVAR.	COLOMBIANO.

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos	
JAY ARCHBOLD JOYNER	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C.Nº 1.047.426.571 DE CARTAGENA-BOLIVAR.	<i>Joyner Jay D.</i>

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 2 0 1 6 Mes M A R Día 2 8

Nombre y firma del funcionario que autoriza

RAFAEL MEZA ACOSTA.-

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Firma

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -



NUIP 1.123.639.943

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo Seriat 41499737

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒ Notaría ☐ Número ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código 1201

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía
REGISTRADURIA DE SAN ANDRES - COLOMBIA - SAN ANDRES - SAN ANDRES

Datos del inscrito

Primer Apellido JAY... Segundo Apellido O'NEILL...
Nombre(s) KAROLYN SHILIMA...

Fecha de nacimiento Año 2019 Mes SEP Día 05 Sexo (en letras) FEMENINO... Grupos sanguíneos AB... Factor RH NEGATIVO...
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía)

COLOMBIA SAN ANDRES SAN ANDRES...

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO... Número certificado de nacido vivo 15310926-8...

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos O'NEILL CORPUS WILDA SHILIMA... Documento de identificación (Clase y número) CC 40.993.699... Nacionalidad COLOMBIA...

Datos del padre

Apellidos y nombres completos JAY ARCHBOLD JOYNER... Documento de identificación (Clase y número) CC 1.047.426.571... Nacionalidad COLOMBIA...

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos JAY ARCHBOLD JOYNER... Documento de identificación (Clase y número) CC 1.047.426.571... Firma J. Archbold Joyner

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 2019 Mes SEP Día 05 Nombre y firma del funcionario que autoriza Jhon Obel Romero Duarte REGISTRADOR

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

ESPACIO PARA NOTAS

— ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO —