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 SAN ANDRÉS
CENTRO DE FORMACION TURISTICA, GENTE DE MAR Y DE SERVICIOS -SAN ANDRES - SERVICIOS PR
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	**88**
Código Centro	**953910**
Fecha Elaboración	**12 de Octubre de 2022**
Versión	**MAYO 2022 - 2,22**
ID de Proceso	**38050-922733**
No. de documento	**573772**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	WILDA SHILIMA ONEILL CORPUS	**C.C.**	40.993.699	**IP/Nº de contacto**	3157605679
Correo electrónico contratista:	wildaoneill@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:	BANCO DE BOGOTA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº 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

Nº del contrato:	3385281/2022			**Nº Compromiso SIIF**	**21422**		
Valor Total del Contrato	$ 26.023.257	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 2.891.473	**9**	**Del**	**01/10/2022**	**Al**	**31/10/2022**	**$ 2.891.473,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 0		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn 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 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	**$ 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

	Octubre	**Setiembre**			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**9439723229**	Valor Base retención en la fuente	1.503.545,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.156.589	$ 1.156.589	Valor Base retención en la fuente ICA	2.561.773,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 144.600	$ 144.600	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 185.100	$ 185.100	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL I	$ 6.100	$ 6.100	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ 150.400		Reteica - 8299	0,00	0,050%
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -		-	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	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta $ 1.216.128	$ 289.147		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 608.064	$ 117.500				
Renta Exenta 25% $ 9.120.960	$ 501.182		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	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

Apoyar la gestión del programa para el posicionamiento Regional y Nacional.
Participar activamente en el cumplimiento de las metas de la Regional
Cumplir con lo previsto en la Guía del Tutor
Mantener una comunicación con los Integradores, Técnicos Pedagógicos y Supervisor de Contrato a través de los medios virtuales.
Usar las herramientas disponibles en el ambiente virtual de aprendizaje para fortalecer la formación.
Generar y ejecutar una estrategia que permita la permanencia de los aprendices durante el tiempo total del curso virtual.
Realizar el seguimiento permanente de cada participante desde el comienzo hasta el final del curso
Favorecer la interacción constructiva en el ambiente virtual
Brindar acompañamiento a los estudiantes de los programas de bilingüismo

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.

WILDA SHILIMA ONEILL CORPUS
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,

RUSSELL SOLANO ARNOLD ROMMOULLOUS
PROFESIONAL G08

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

DIEGO LEON FERNANDEZ HURTADO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

aportes en línea

Planilla Resumen

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
2022-09	2022-09	23928191	9439723229	I	2022/10/25	2022/09/19	BANCO DE OCCIDENTE	0	$327,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,128,400	$180,600			$1,128,400	$141,100			$0	$0			$1,128,400		$5,900		$0	$0		$327,600
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		$327,600
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		$327,600
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	0.522%	$5,900	0	$0	$0	No	$327,600
Total		**Afiliados(1)**																				$1,128,400	$180,600			$1,128,400	$141,100			$0	$0			$1,128,400		$5,900		$0	$0		$327,600

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
2022-09	2022-09	23928191	9439723229	I	2022/10/25	2022/09/19	BANCO DE OCCIDENTE	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 octubre 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.	**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
DIRECCION 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 [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A H 4

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	Factor RH
Año 2009 Mes JUL Día 08	FEMENINO	O	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 2009 Mes JUL Día 09	ROQUELINA [illegible] EDEN
	Nombre y firma

IMPRESO POR [illegible] FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800.175.457-6

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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 [X] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** 7291

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	Factor RH
Año 2016 Mes MAR Día 22	MASCULINO	O	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	Número certificado de nacido vivo
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.	Joyner Jay D.

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 2016 Mes MAR Día 28

Nombre y firma del funcionario que autoriza

RAFAEL MEZA ACOSTA.-

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

29 MAR 2016

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

Adhesivo Copia Registro Civil
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
24210170-6

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1.123.639.943

Indicativo Serial 41499737

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código X 9 R

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

REGISTRADURIA DE SAN ANDRES - COLOMBIA - SAN ANDRES - SAN ANDRES

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
JAY	O´NEILL

Nombre(s)

KAROLYN SHILIMA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2019 Mes SEP Día 05	FEMENINO	AB	NEGATIVO

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

COLOMBIA SAN ANDRES SAN ANDRES

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

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

JAY ARCHBOLD JOYNER

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.047.426.571	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

JAY ARCHBOLD JOYNER

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.047.426.571	Jayner Jay A.

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 2019 Mes SEP Día 06	JHON OBED ROMERO DUARTE - REGISTR Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

Este documento es fiel copia del original que reposa en los archivos de esta Registraduría. Tiene vigencia permanente (Art. 81 Ley 962 de 2005)

06 SET. 2019

— ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO —

06 SET. 2019