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** | **24 de Octubre de 2022** |
| **Versión** | **MAYO 2022 - 2,22** |
| **ID de Proceso** | **91716-797639** |
| **No. de documento** | **590829** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | FLORALBA AGUIRRE GONZALEZ | **C.C.** | 21.076.842 | **IP/Nº de contacto** | 3103138265 |
| **Correo electrónico contratista:** | faguirreg@sena.edu.co | | | | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **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 | **Nº Cuenta** | | 24704678637 | |
| **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:** | 3368506/2022 | | | **Nº Compromiso SIIF** | | **26122** | |
| **Valor Total del Contrato** | $ 40.553.436 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 10.138.359 | **9** | **Del** | **01/10/2022** | **Al** | **31/10/2022** | **$ 3.950.010,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 6.188.349 | | 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 presencial, de la red de conocimiento Gestión Administrativa y Financiera, en las áreas temáticas de Bibliotecas,

## 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** | **$ 2.328.382** | | **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** | ---------- | **61759983** |
| **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 | $ - | |
| 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 | $ - | |
| Renta Exenta 25% $ 9.120.960 | $ 776.127 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Valor Base retención en la fuente | 2.328.382,00 | 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

1. Atender la formación presencial de aprendices.
2. Aplicar al proceso de certificación de competencias según normas de competencias que aplica a la función Instructor.
3. Cumplimiento oportuno con las entregas de los distintos formatos y documentos requeridos en el proceso administrativo.
4. Orientar, apoyar, acompañar y asesorar en forma permanente e integral a los aprendices en el proceso de formación
5. Participar en las diferentes actividades programadas por el Centro de Formación

**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.

**FLORALBA AGUIRRE GONZALEZ**
**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,

**EMILIO DELGADO DIAZ**
**INSTRUCTOR G18**

**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

# REPORTE RESUMEN DE PAGO

## Información básica de la planilla

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Empresa:** | FLORALBA AGUIRRE GONZALEZ | **NIT:** | 21076842 |
| **Tipo Planilla:** | I | **Periodo liquidación Pensiones:** | septiembre 2022 |
| **Sucursal o Dependencia:** | PRINCIPAL | **Periodo liquidación Salud:** | septiembre 2022 |
| **Número de Radicación:** | 61759983 | **Total a pagar:** | $474,000 |
| **Fecha de vencimiento:** | 28/09/2022 | **Total de empleados:** | 1 |
| **Fecha de Pago:** | 12/09/2022 | **Número de Administradoras:** | 4 |

## Detalles del pago

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón social recaudo:** | Compensar OI | **Nit recaudo:** | 9998600669427 |
| **Descripción:** | MiPlanilla.com Pago Proteccion Social | **Medio de Pago:** | Pago Electronico por PSE |
| **Banco:** | BANCOLOMBIA | **Número Autorización:** | 1649771861 |
| **Estado de la transacción:** | Transacción aprobada | | |

| Código | NIT | Administradoras | Num. Afiliados | *Número de incapacidad por riesgos laborales | Valor descontado en incapacidad y/o licencia | Total Pagado |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 14-23 | 860011153 | POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS | 1 | | $0 | $8,400 |
| 25-14 | 900336004 | Administradora Colombiana de Pensiones - | 1 | | $0 | $256,000 |
| CCF24 | 860066942 | Compensar Caja de Compensacion Fliar | 1 | | $0 | $9,600 |
| EPS002 | 800130907 | Salud Total EPS | 1 | | $0 | $200,000 |
| | | | | | | $474,000 |

***Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**

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

*CERTIFICACION DEPENDIENTES*

Bogotá, 24 de octubre de 2022

Señores
**SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)**
Ciudad Bogotá

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 empleado contribuyente y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el parágrafo cuarto del artículo segundo del Decreto 0099 de 2013, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

| T.I. | NUMERO | NOMBRES Y APELLIDOS | HIJO |
|---|---|---|---|
| T.I | 1013643991 | STEPHANIA AGUIRRE GONZALEZ | HIJA |
| T.I | 1013643993 | RODRIGO ANDRES AGUIRRE GONZALEZ | HIJO |

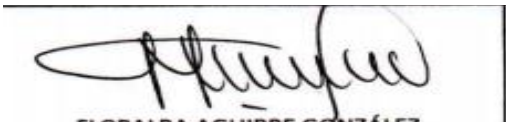
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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

FLORALBA AGUIRRE GONZALEZ

C.C. 21.076.842 de Usme (Bogotá)

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1.013.643.993

Indicativo Serial 51862375

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

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

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

REGISTRADURIA DE ANTONIO NARIÑO BOGOTA DC - COLOMBIA - CUNDINAMARCA

Datos del Inscrito

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| AGUIRRE | GONZALEZ |

Nombre(s)

RODRIGO ANDRES

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2011 Mes SEP Día 14 | MASCULINO | A | POSITIVO |

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/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 | 10840952-3 |

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

AGUIRRE GONZALEZ FLORALBA

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 21.076.842 | COLOMBIA |

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| | |

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

AGUIRRE GONZALEZ FLORALBA

| Documento de Identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| CC 21.076.842 | |

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 |
|---|---|
| | |

- ORIGINAL PARA EL INTERESADO -

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

Adhesivo Copia Registro Civil

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1.013.643.991

Indicativo Serial 51862374

**Datos de la oficina de registro - Clase de oficina**

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

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

REGISTRADURIA DE ANTONIO NARIÑO BOGOTA DC - COLOMBIA - CUNDINAMARCA

**Datos del inscrito**

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| AGUIRRE | GONZALEZ |

Nombre(s)

STEPHANIA

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2011 Mes SEP Día 14 | 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 | 10840951-6 |

**Datos de la madre**

Apellidos y nombres completos

AGUIRRE GONZALEZ FLORALBA

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 21.076.842 | COLOMBIA |

**Datos del padre**

Apellidos y nombres completos

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| | |

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos

AGUIRRE GONZALEZ FLORALBA

| Documento de Identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| CC 21.076.842 | |

**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 2011 Mes OCT Día 12 | DARIO ALFONSO SOLANO VERGARA - RE<br>Nombre y firma |

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

**ESPACIO PARA NOTAS**

12.OCT.2011 - ACTA COMPLEMENTARIA - N.

FOTOCOPIA AUTENTICA DEL ORIGINAL
ART 115 DECRETO 1260/ Y ART 1 DECRETO 278/72
PARA ACREDITAR PARENTESCO

- ORIGINAL PARA EL ARCHIVO DE REGISTRO -