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 DE MERCADO, LOGIST Y TECNOL DE LA INFORMAC-BTA DC- SERVICIOS PRES
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	**930310**
Fecha Elaboración	**Noviembre de 2022**
Versión	**MAYO 2022 - 2,22**
ID de Proceso	**58339-307109**
No. de documento	**604209**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	DIANA CAROLINA NIETO TRIVIÑO	**C.C.**	1.047.364.637	**IP/Nº de contacto**	0
Correo electrónico contratista:	dcnieto736@misena.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:	BANCO CAJA SOCIAL	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		24060125488	
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:	3286019/2022			**Nº Compromiso SIIF**		**3522**	
Valor Total del Contrato	$ 38.480.400	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 5.582.033	**11**	**Del**	**01/11/2022**	**Al**	**30/11/2022**	**$ 3.563.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 2.019.033		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

CI- PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROGRAMADA POR EL CENTRO PARA EL ÁREA DE MERCADEO

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.563.000		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	**$ 3.563.000**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.100.300**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Noviembre	**Octubre**			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**9440485477**	Valor Base retención en la fuente	2.100.300,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.425.200	$ 1.425.200	Valor Base retención en la fuente ICA	3.156.700,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 178.200	$ 178.200	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 228.100	$ 228.100	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	$ 7.500	$ 7.500	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 8299	30.494,00	0,966%
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	$ 356.300		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 608.064	$ -				
Renta Exenta 25% $ 9.120.960	$ 700.100		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	**$ 3.532.506,00**	

SON: TRES MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y DOS MIL QUINIENTOS SEIS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

IMPARTIR FORMACIÓN GRUPO TGM 27 - TCC 20 - TAC 2470309 (21,28) de NOVIEMBRE
IMPARTIR FORMACIÓN GRUPO TGM 28-29 -35 (1,8,15,22,29) de NOVIEMBRE
IMPARTIR FORMACIÓN GRUPO TGM 36 (2,9,16,23,30) de NOVIEMBRE
IMPARTIR FORMACIÓN GRUPO TGM 31 - 30 - TAC AVICOLA (3,10,17,24) de NOVIEMBRE
IMPARTIR FORMACIÓN GRUPO TGM F5-F6 (5,12,19,26)de NOVIEMBRE
APOYO DE EVENTO ALTO A LA CRISIS ECO - SISTEMICA 8 NOV
CURSO EJERCICIO DERECHOS FUNDAMENTALES EN EL TRABAJO 19,26 OCTUBRE Y 2 Y 9 DE NOVIEMBRE PRESENCIAL

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.

DIANA CAROLINA NIETO TRIVIÑO
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,

SILVIO ALBERTO GALINDO PARRA
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

JAIME GARCIA DIMOTOLI
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que NIETO TRIVIÑO DIANA CAROLINA identificado(a) con CC 1047364637 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para DIANA CAROLINA NIETO TRIVIÑO identificado(a) con CC 1047364637

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																IBC	Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip			
9440485477	1688324471	I	2022-10-04	EPS	EPS005	SANITAS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2022-10	30																		$1,425,200	12.5%	$178,200
9440485477	1688324471	I	2022-10-04	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2022-10	30																		$1,425,200	16%	$228,100
9440485477	1688324471	I	2022-10-04	AFP	230301	PORVENIR	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2022-10	30																		$1,425,200		$0
9440485477	1688324471	I	2022-10-04	AFP	230301	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2022-10	30																		$1,425,200		$0
9440485477	1688324471	I	2022-10-04	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2022-10	30																		$0	0%	$0
9440485477	1688324471	I	2022-10-04	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2022-10	30																		$0	0%	$0
9440485477	1688324471	I	2022-10-04	ARL	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2022-10	30																		$1,425,200	0.522%	$7,500

Este certificado se expide el día 2022-10-17 a las 06:34.

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Bogotá, 30 de NOVIEMBRE 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 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.	**1020808726**	**DANIELA NIETO TRIVIÑO**	**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: DIANA CAROLINA NIETO TRIVIÑO

C.C.1.047.364.637 de CARTAGENA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1.020.808.726

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 54213750

- 54213750 -

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** A 6 B

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
REGISTRADURIA DE USAQUEN BOGOTA DC - COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOT

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
NIETO	TRIVIÑO

Nombre(s)
DANIELA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2013 Mes SEP Día 19	FEMENINO	O	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	12454805-2

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos
NIETO TRIVIÑO DIANA CAROLINA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.047.364.637	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos
NIETO TRIVIÑO DIANA CAROLINA

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.047.364.637	

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 2013 Mes SEP Día 27	MARIA CAROLINA MEDINA BECERRA - R Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS
27.SEP.2013 - ACTA COMPLEMENTARIA - Y BC.

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

ES FIEL COPIA DEL ORIGINAL ARTICULO 115 DECRETO 1260 DE 970 Y ARTICULO 1 DECRETO 278 DE 1972, PARA ACREDITAR PARENTESCO EXCENTO DE SELLO ARTICULO 11 DECRETO 2150 DE 1995. VALIDEZ PERMANENTE ARTICULO 1 DECRETO 2189 DE 1993.

A SOLICITUD DE: _____ CC _____

BOGOTA, D.C. LOCALIDAD 01 FECHA: 27 SET. 2013

MARIA CAROLINA MEDINA BECERRA
REGISTRADORA AUXILIAR DEL ESTADO CIVIL USAQUEN