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 ANTIOQUIA
CENTRO TEXTIL Y DE GESTION INDUSTRIAL - ANTIOQUIA - SERVICIOS A LA FORMACION PROFESION
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	**5**
Código Centro	**920610**
Fecha Elaboración	**30 Noviembre de 2022**
Versión	**MAYO 2022 - 2,22**
ID de Proceso	**87378-935775**
No. de documento	**599867**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	GLORIA ESTELA HERNANDEZ MANRIQUE	**C.C.**	43.803.489	**IP/Nº de contacto**	43338
Correo electrónico contratista:	glhernandezm@sena.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:	DAVIVIENDA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		039300022025	
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:	3434345/2022			**Nº Compromiso SIIF**		**16922**	
Valor Total del Contrato	$ 40.725.027	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 5.928.327	**10**	**Del**	**01/11/2022**	**Al**	**30/11/2022**	**$ 3.866.300,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 2.062.027		Legalización comisiones del periodo			$ 717.200,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR PARA ATENDER LOS PROGRAMAS DE LA RED TECNOLÓGICA DE PRODUCCIÓN INDUSTRIAL EN FORMACIÓN TITULADA Y COMPLEMENTARIA PRESENCIAL PARA EL CTGI

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.866.300	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	**$ 4.583.500**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.763.188**	**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	----------	**7855919747**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.546.520	$ 1.546.520
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 193.400	$ 193.400
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 247.500	$ 247.500
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 16.200	$ 16.200
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	$ 458.350	
Salud hasta $ 608.064	$ -	
Renta Exenta 25% $ 9.120.960	$ 921.063	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.763.188,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	4.142.600,00	
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	0,00	0,400%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Jaime Isaza Cadavid	18.334,00	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	**$ 3.847.966,00**	

SON: TRES MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Cumplir a cabalidad el objeto del contrato en los programas y niveles de formación en el Centro Textil y de Gestión Industrial con ser
Participar en la planeación y ejecución del proceso de inducción de aprendices según programa y nivel de formación, de acuerdo con la
Diseñar, programar y ejecutar las estrategias de enseñanza - aprendizaje – evaluación correspondiente al programa y nivel de formación
Orientar el proceso de formación profesional integral de en los programas de formación titulada y complementaria de forma presencial y
Emitir los juicios evaluativos de cada Competencia y Resultado de Aprendizaje correspondiente, a más tardar 8 días hábiles después de
Reportar y registrar oportunamente las inasistencias y los resultados del proceso de evaluación a los aprendices que participan del de
Participar en los comités de evaluación y seguimiento de carácter ordinario y extraordinario de los procesos de formación según progra
Participar en las reuniones de equipos de ejecución de la formación por grupo o áreas, según la determinación de la respectiva Coordin
Realizar el seguimiento en los sitios específicos donde los aprendices desarrollan sus respectivas etapas prácticas, de acuerdo con la

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.

GLORIA ESTELA HERNANDEZ MANRIQUE
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,

LUZ AIDA BLANDON CAICEDO
COORDINADOR ACADÉMICO

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

EMILY ELISA CORONADO GARCES
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	43803489
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			GLORIA ESTELA HERNANDEZ MANRIQUE
CIUDAD/MUNICIPIO:	MEDELLIN	DEPARTAMENTO:	ANTIOQUIA
DIRECCIÓN:	CRA 76 N. 53 - 79	TELÉFONO:	5987671
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de consultaría de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7855919747**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	octubre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	octubre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2022	SALUD:	AÑO:	2022
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2022/11/09	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1747123720

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 247.500
SUBTOTAL:			1	**$ 247.500**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800088702	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	$ 193.400
SUBTOTAL:			1	**$ 193.400**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 16.200
SUBTOTAL:			1	**$ 16.200**

TOTAL PAGADO:	**$ 457.100**

CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 30 de septiembre de 2022

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (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, informó que las personas relacionadas a continuación, tiene la calidad de dependiente a mi cargo:

C.C.	**1017265248**	**SANTIAGO FRANCO HERNANDEZ**	**HIJO**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Hijo entre 18 y 23 años, y me encuentro financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES ' o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados

Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informó 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: _ GLORIA **ESTELA HERNANDEZ MANRIQUE**

C.C. __**43803489**

LIQUIDACIÓN DE MATRÍCULA

FACTURAMATRICUL 1325670

VICERRECTORÍA DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE ADMISIONES Y REGISTRO

Sin recargo hasta
27/10/2021
Impresa: 10/02/2022 09:47:32

REFERENCIA: 5000001325670-2

NIT.: 890.980.040-8

IDENTIFICACION: 1017265248
NOMBRE DEL ESTUDIANTE: SANTIAGO FRANCO HERNANDEZ
PROGRAMA ACADÉMICO: 525 INGENIE
RÍA SANITARIA

PERIODO ACADÉMICO: 20212
SEMESTRE DE INGRESO: 20172
SECCIONAL: MEDELLIN
CENTRO DE COSTO: 21320006

DESCRIPCIÓN	
DERECHOS DE MATRICULA	+ 341,400
DESCUENTO POR VOTO	- 34,100

El valor de esta liquidación de matrícula está cubierto en su totalidad por el programa Matrícula Cero del Ministerio de Educación Nacional, por tal razón usted no pagará esta matrícula

BANCOS:

VALOR A PAGAR: $ 307,300

H-3020-01L V 03

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
DEPARTAMENTO DE ADMISIONES Y REGISTRO

REFERENCIA: 5000001325670-2 FACTURAMATRICUL 1325670

IDENTIFICACION: 1017265248 CENTRO DE COSTO: 21320006
NOMBRE DEL ESTUDIANTE: SANTIAGO FRANCO HERNANDEZ
PROGRAMA ACADÉMICO: 525 INGENIERIA SANITARIA

H-3020-01L V 03

Sin recargo hasta 27/10/2021
$ 307,300

Pago extraordinario 1 hasta
$ 0

Pago extraordinario 2 hasta
$ 0

NO COLOCAR SELLOS NI RAYAR EL CÓDIGO DE BARRAS

VIGILADA MINEDUCACIÓN

Para pagar con cheque de gerencia diríjase a tesorería -

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

REPUBLICA DE COLOMBIA

NIP ① Parte reservada: 98-12-12 ② Parte comprobante:

① INDICATIVO SERIAL: 27800832

SECCION GENERICA

DATOS DE LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL
④ Consulado, notaría, Registraduría del Estado Civil, inspección, corregimiento: NOTARIA UNICA
⑤ Departamento, municipio, inspección, corregimiento: ANTIOQUIA APARTADO.
⑥ Código: 0081

DATOS DEL INSCRITO
⑦ APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)
Primer apellido: FRANCO | Segundo apellido: HERNANDEZ | Nombre(s): SANTIAGO
⑧ SEXO: Masculino [X] Femenino [ ]
⑨ FECHA DE NACIMIENTO: Año 1998 Mes 12 Día 12
⑩ LUGAR DE NACIMIENTO
País: COLOMBIA | Departamento: ANTIOQUIA | Municipio: APARTADO. | Inspección o corregimiento:

SECCION ESPECIFICA

DATOS DEL NACIMIENTO
⑪ Organismo de salud o dirección de la casa donde ocurrió el nacimiento: CLINICA DE URABA
⑫ Hora 14 Minutos 30 AM [ ] PM [X]
⑬ Tipo sanguíneo: Grupo ____ R.H. ____
⑭ Documento antecedente presentado (certificado de nacido vivo número, documento auténtico, acta religiosa): CERTIFICADO E NAICIDO VIVO
⑮ Nombre de quien expide el certificado: JUSTO OMAR COGOLLO
⑯ Número de registro o tarjeta profesional:

DATOS DE LOS PADRES DEL INSCRITO
⑰ APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DE LA MADRE (apellidos de soltera)
Primer apellido: HERNANDEZ | Segundo apellido: MANRIQUE | Nombre(s): GLORIA ESTELA
⑱ Edad al momento del parto: 22 Años
⑲ Documento de identificación (clase y número): CC# 43.803.489
⑳ Nacionalidad(es): COLOMBIANA
㉑ Dirección domicilio: BARRIO EL DARIEN
㉒ APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL PADRE
Primer apellido: FRANCO | Segundo apellido: FERNANDEZ | Nombre(s): JULIO CESAR
㉓ Edad al momento del nacimiento: 45 Años
㉔ Documento de identificación (clase y número): CC# 15.367.397
㉕ Nacionalidad(es): COLOMBIANO
㉖ Dirección domicilio: BARRIO EL DARIEN

㉗ DATOS DECLARANTE
Apellido(s) y nombre(s): FRANCO FERNANDEZ JULIO CESAR
Domicilio (dirección o municipio): BARRIO EL DARIEN
Documento de identificación (clase y No.): CC# 15.367.397 de APARTADO.
Firma:

㉘ DATOS TESTIGO
Apellido(s) y nombre(s):
Domicilio (dirección o municipio):
Documento de identificación (clase y No.):
Firma:

㉙ DATOS TESTIGO
Apellido(s) y nombre(s):
Domicilio (dirección o municipio):
Documento de identificación (clase y No.):
Firma:

㉚ FECHA DE INSCRIPCION: Año 1998 Mes 12 Día 17
㉛ Nombre y firma autógrafa del funcionario que autoriza el registro: ESTRELLA [illegible] MENDOZA.

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL