

 <p>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</p>	<p align="center">DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES)</p> <p align="center">REGIONAL ATLÁNTICO</p> <p align="center">CENTRO INDUSTRIAL Y DE AVIACION-ATLANTICO -SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION</p> <p>Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1</p> <p align="center">Resolución DIAN N° 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)</p>		<p>Código Regional</p>	8
			<p>Código Centro</p>	920810
			<p>Fecha Elaboración</p>	Febrero de 2021
			<p>Versión</p>	ENERO 2021 - 1,21
			<p>ID de Proceso</p>	17639-303243
		<p>No. de documento</p>	9024	

DATOS DEL CONTRATISTA			
Nombres y apellidos contratista: Correo electrónico contratista:	ERIKA MARIA VELASQUEZ CARRILLO erika81@misena.edu.co	C.C.	44.152.304
Régimen del IVA: ☐ NO RESPONSABLE	Pertenece al régimen simple de tributación? ☐ NO	Es declarante de renta? ☐ NO	Es Pensionado? ☐ NO
Sus ingresos en el 2020 Superaron \$49'849.000 ☐ NO	Inducción SST ☐ SI	Presta Servicios Excluidos de IVA ? ☐ NO	
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA	Tipo de cta	AHORROS
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 2021 supera los \$ 119'806.000	☐ NO
<p align="center">DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO</p>			
N° del contrato:	2157964/2021	N° Compromiso SIIF	11521
Valor Total del Contrato	\$ 38.429.377	N° Pago	2
Saldo Anterior del Contrato	\$ 37.715.519	Periodo objeto de pago	Del 01/02/2021 Al 28/02/2021
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 34.146.227	Comisiones	\$ 0,00
<p>OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)</p>			
DESARROLLAR FORMACIÓN PROFESIONAL POR COMPETENCIAS LABORALES, MEDIANTE LA ESTRATEGIA DE APRENDIZAJE POR PROYECTOS EN LOS PROGRAMAS DE FORMACIÓN DE SALUD OCUPACIONAL PARTICIPANDO EN LOS EQUIPOS DE DISEÑO Y DESARROLLO CURRICULAR Y GESTIONANDO LAS ACTIVIDADES			
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Ingresos por honorarios Ingresos por comisiones Ingresos de otros meses cobrados en el mes TOTAL INGRESOS DEL PERIODO BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 3.569.292 \$ 0 \$ 0 \$ 3.569.292 \$ 2.104.022	Tarifa de Retención en la Fuente ART 383° Retención en la Fuente del Periodo Menos, Retefuente Otros Ingresos TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	0,00% \$ 0 \$ 0 \$ 0
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR			
N° Planilla PILA, o, N° Radicación pago SS	Febrero -----	Enero 9415309112	Valor Base retención en la fuente Valor Base retención en la fuente ICA Valor base IVA IVA (Si es RESPONSABLE) Menos Retención en la Fuente Menos Retención IVA Reteica - 8299 Otras Retenciones Otras Retenciones Otras Retenciones Otras Retenciones Descuentos de Libranza Descuentos de embargo (Si tiene) VALOR A PAGAR
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.427.717	\$ 908.526	2.104.022,00 3.162.292,00 0,00 0,00 0,00 31.623,00 - - - 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 178.500	\$ 113.600	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 228.500	\$ 145.400	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	15%
ARL	\$ 7.500	\$ 4.800	1,000%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -	-	0,00
Aportes voluntarios a cuentas AFC	\$ -	-	0,00
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.522.064	\$ -	-	0,00
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.630.800	\$ -	-	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 \$ 1.161.856	\$ 356.929	-	0,00
Salud hasta \$ 580.928	\$ -	-	0,00
Renta Exenta 25% \$ 8.713.920	\$ 701.341	-	0,00
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	-	0,00
SON: TRES MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS SESENTA Y NUEVE PESOS M/CTE			
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Gestionar actividades de formación con apoyo en la plataforma virtual dispuesta por la entidad y garantizar el uso de la misma por parte de los participantes. Ejecutar acciones de formación profesional según el área de conocimiento asignada en el objeto contractual y acorde al nivel de formación. Proveer de los Elementos de protección personal que requiera para el desarrollo de sus actividades según las directrices del Sistema de Gestión de la Calidad. Planificar el desarrollo curricular del programa de formación a impartir de acuerdo a los procedimientos de formación profesional de la entidad. Participar en la elaboración del proyecto formativo de cada programa de formación a impartir de acuerdo a los procedimientos de formación profesional de la entidad. Gestionar la información de planificación curricular, gestión de proyectos formativos, juicios evaluativos, novedades e inasistencias.			
<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 suministrada es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí diligenciados.</p>			
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO			
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí 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,		
MILDRED MERCEDES BELTRAN MEDINA 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			
JOSE GREGORIO SUAREZ CONTRERAS SUBDIRECTOR DE CENTRO G02			

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 44152304		VELASQUEZ CARRILLO ERIKA MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 32 24 111	SOLEDAD-ATLANTICO	3743447	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2021-01	2021-01	894061031		9415309112	I	2021/02/02	2021/02/15	BANCO DAVIVIENDA	\$268,500

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
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$908,526	\$145,400			\$908,526	\$113,600			\$0	\$0			\$908,526	\$9,500	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$908,526	\$145,400			\$908,526	\$113,600			\$0	\$0			\$908,526	\$9,500	\$0
Ciudad: SOLEDAD Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)					\$908,526	\$145,400			\$908,526	\$113,600			\$0	\$0			\$908,526	\$9,500	\$0
1	CC	44152304	VELASQUEZ ERIKA	25-14	30	\$908,526	\$145,400	EPS005	30	\$908,526	\$113,600	0	\$0	\$0	14-23	30	\$908,526	\$9,500	0
Total Afiliados(1)					\$908,526	\$145,400			\$908,526	\$113,600			\$0	\$0			\$908,526	\$9,500	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 44152304		VELASQUEZ CARRILLO ERIKA MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 32 24 111	SOLEDAD-ATLANTICO	3743447	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2021-01	2021-01	894061031		9415309112	I	2021/02/02	2021/02/15	BANCO DAVIVIENDA	\$268,500

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$145,400	\$0	\$0	\$145,400	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$145,400	\$0	\$0	\$145,400	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$9,500	\$0	\$0	\$9,500	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$9,500	\$0	\$0	\$9,500	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$113,600	\$0	\$0	\$113,600	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$113,600	\$0	\$0	\$113,600	
TOTAL				1	\$268,500	\$0	\$0	\$268,500	