

 <p>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</p>	DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES)		Código Regional	11
	REGIONAL DISTRITO CAPITAL		Código Centro	940410
	CENTRO DE GESTION ADMINISTRATIVA-BTA D C - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION		Fecha Elaboración	Marzo de 2021
	Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Versión	ENERO 2021 - 1,21
	Resolución DIAN N° 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)		ID de Proceso	51994-916459
			No. de documento	37164

DATOS DEL CONTRATISTA			
Nombres y apellidos contratista:	MARISOL HIGUERA CASTRO	C.C.	52.896.016
Correo electrónico contratista:	mhiguerac@misena.edu.co	IP/N° de contacto	3195186350
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 ?	SI
Banco al cual consignar:	DAVIVIENDA	Tipo de cta	AHORROS
		N° Cuenta	001770046678
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

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO			
N° del contrato:	2246538/2021	N° Compromiso SIIF	40021
Valor Total del Contrato	\$ 39.000.000	N ° Pago	2
Saldo Anterior del Contrato	\$ 36.400.000	Periodo objeto de pago	Del 01/03/2021 Al 31/03/2021
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 32.500.000	Comisiones	\$ 0,00
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado) Prestar los servicios personales de carácter temporal, para impartir Formación Profesional Integral, mediante la modalidad de periodos fijos de instructores, para la ejecución de acciones de Formación Titulada y/o Complementaria, presencial y virtual, en			

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Ingresos por honorarios	\$ 3.900.000	Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 3.900.000	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 2.299.050	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR			
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	Marzo	Febrero	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.560.000	\$ 1.040.000	Valor Base retención en la fuente 2.299.050,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 195.000	\$ 130.000	Valor Base retención en la fuente ICA 3.455.400,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 249.600	\$ 166.400	Valor base IVA 0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00
ARL	\$ 8.200	\$ 5.500	Menos Retención en la Fuente 0,00
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -		Menos Retencion IVA 0,00
Aportes voluntarios a cuentas AFC	\$ -		Reteica - 8299 33.379,00
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.522.064	\$ -		
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.630.800	\$ -		Otras Retenciones 0,00
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones 0,00
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones 0,00
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones 0,00
Dependientes hasta \$ 1.161.856	\$ 390.000		Descuentos de Libranza 0,00
Salud hasta \$ 580.928	\$ -		Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00
Renta Exenta 25% \$ 8.713.920	\$ 766.350		VALOR A PAGAR \$ 3.866.621,00
Retención en la Fuente Contingente \$ -			

SON: TRES MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS VEINTIUNO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO	
Orientar Formación Profesional Integral a los aprendices según programación de fichas. Acompañamiento a los aprendices en el desarrollo de procesos formativos y/o productivos. Actualizar contenidos y tecnologías en las diversas competencias del programa de formación. Elaboración y entrega de formatos y documentos requeridos en el proceso académico administrativo.	

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.	MARISOL HIGUERA CASTRO EL CONTRATISTA
--	--

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, ADRIANA PATRICIA BALEN SUAREZ INSTRUCTOR G11

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



PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2021-03-08, 10:10:06 AM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla:

1036217758

Periodo Cotización:

febrero de 2021

Periodo Servicio:

febrero de 2021

Referencia pago (PIN):

8838881970

PAGADO 08/03/2021

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MARISOL HIGUERA CASTRO			Dirección	CRA 80 A 17 85
Documento	CC52896016			Teléfono	3195186350
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE			Forma Presentación	ÚNICO
Tipo Persona	NATURAL			Departamento	BOGOTA D.C.
Ciudad	BOGOTA D.C.			Identificación	
Representante Legal				ARP	POSITIVA DE SEGUROS
Total Afiliados	1				

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																	Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total					
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCE	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total	
CC 52896016	MARISOL HIGUERA CASTRO	59	00							X											0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	\$ 1.040.000	\$ 166.400	(EPS017) FAMILANAR EPS	\$ 1.040.000	\$ 130.000	0,522	\$ 1.040.000	\$ 5.500	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 301.900

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 1.040.000	\$ 1.040.000	\$ 1.040.000	\$ 0	\$ 166.400	\$ 130.000	\$ 5.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 301.900	\$ 0	\$ 301.900

CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES

Bogotá, 15 de marzo de 2021

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 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:

NUIP	1028860296	DANNA JULIETA ORJUELA HIGUERA	HIJA
NUIP	1013011910	NATHALY SOFIA VILLA HIGUERA	HIJA

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Elija un elemento.

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: Marisol Higuera Castro

C.C. 52896016

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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



NUIP

1028860296

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

36438298

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒ Notaría ☐ Número ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código A C W

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE KENNEDY- CL COLSUBSIDIO R COLOMBIA CUNDINAMARCA BOG

Datos del inscrito

Primer Apellido

Segundo Apellido

ORJUELA***** HIGUERA*****

Nombre(s)

DANNA JULIETA*****

Fecha de nacimiento

Sexo (en letras)

Grupo Sanguíneo

Factor RH

Año 2 0 0 5 Mes A B R Día 2 7 FEMENINO***** O***** +*****

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA DC*****

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos

Número certificado de nacido vivo

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO*****

A6623199*****

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

HIGUERA CASTRO MARISOL*****

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CEDULA DE CIUDADANIA 0052896016*****

COLOMBIA*****

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

ORJUELA RAMIREZ JUAN NICOLAS*****

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CEDULA DE CIUDADANIA 0011232955*****

COLOMBIA*****

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

ORJUELA RAMIREZ JUAN NICOLAS*****

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

CEDULA DE CIUDADANIA 0011232955*****

[Firma]

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 2 0 0 5 Mes A B R Día 2 8

MARTIN MARIO CARDENAS ORTEGA*****

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Firma

Nombre y Firma

LIBRO DE VARIOS TOMO A001 FOLIO 198

FOTOCOPIA AUTENTICA DEL ORIGINAL Art. 115 Dcto. 1260 - 70 Y Art. 1º Dcto. 278 -72

PARA ACREDITAR PARENTESCO
EXPEDIDA EN BOGOTA D.C. a los 3 JUN. 2009



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

RUBIELA TRUJILLO PEREZ
Registradora Auxiliar del Estado Civil
Ciudad Kennedy Loc. 08

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

NUIP 1013011910

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 51216188

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registradora	☐	Nómina	☒	Número	27	Coronado	☐	Corregimiento	☐	Inspección de Policía	☐	Código	A 2 E
País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección de Policía													
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA													

Datos del inscrito

Primer Apellido				Segundo Apellido			
VILLA				HIGUERA			
Nombre(s)							
NATHALY SOFIA							
Fecha de nacimiento							
Año	2	0	0	Mes	A	G	O
				Día	2	8	
Sexo (en letras)				Grupo sanguíneo		Factor RH	
Femenino				O		Positivo	
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección)							
ARGENTINA-RIO NEGRO- SAN CARLOS DE BARILOCHE							

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO NACIMIENTO	Nº 737

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos	
HIGUERA CASTRO MARISOL	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 52 896.016	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos	
VILLA BARRERA DUVAN ERNESTO	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 79.719.727	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos	
VILLA BARRERA DUVAN ERNESTO	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 79.719.727	<i>V. Duvan e Villa</i>

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 2 0 1 1 Mes JUN Día 2 9	MANUEL CASTRO BLANCO
	Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
<i>V. Duvan e Villa Barrera</i>	MANUEL CASTRO BLANCO
Firma	

ESPACIO PARA NOTAS	
LIBRO VARIOS TOMO 156 FOLIO 277	
ENMENDADO FECHA DE NACIMIENTO AGOSTO 28/2008	

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO