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
Resoluciòn DIAN Nº 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)

Código Regional	**11**
Código Centro	**940410**
Fecha Elaboración	**Marzo de 2021**
Versión	**ENERO 2021 - 1,21**
ID de Proceso	**09463-896725**
No. de documento	**37009**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	NOHORA CECILIA PAVAJEAU DIAZ	**C.C.**	51.982.310	**IP/Nº de contacto**	3167874674
Correo electrónico contratista:	npavajeau@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 2020 Superaron $49'849.000	NO	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**		SI	
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		17416588511	
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

Nº del contrato:	2210612/2021			**Nº Compromiso SIIF**		**12821**	
Valor Total del Contrato	$ 41.080.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 37.310.000	**2**	**Del**	**01/03/2021**	**Al**	**31/03/2021**	**$ 3.900.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 33.410.000		Comisiones			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn 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 LAS ÁREAS DE GESTIÓN DEL TALENTO

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.900.000	Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°		0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion 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	**$ 2.073.240**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**		**$ 0**

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

	Marzo	**Febrero**			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**9416541332**	Valor Base retención en la fuente	2.073.240,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.560.000	$ 1.508.000	Valor Base retención en la fuente ICA	3.455.400,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 195.000	$ 188.500	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 249.600	$ 241.300	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	$ 8.200	$ 7.900	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 8299	33.379,00	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 $ 3.630.800	$ -		-	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 $ 1.161.856	$ 390.000		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 580.928	$ 397.251				
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 667.037		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	**$ 3.866.621,00**	

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

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Orientar formacion 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 formacion
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.

NOHORA CECILIA PAVAJEAU DIAZ
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,

ADRIANA PATRICIA BALLEN 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

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 51982310		PAVAJEAU DIAZ NOHORA CECILIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	kr 16 34 48	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2880472	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-02	2021-02	919414894	9416541332	I	2021/03/03	2021/03/10	BANCOLOMBIA	7	$440,200

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	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,516,060	$242,600			$1,516,060	$189,600			$0	$0			$1,516,060	$8,000		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,516,060	$242,600			$1,516,060	$189,600			$0	$0			$1,516,060	$8,000		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,516,060	$242,600			$1,516,060	$189,600			$0	$0			$1,516,060	$8,000		$0	$0
1	CC	51982310 PAVAJEAU NOHORA	231001	30	$1,516,060	$242,600	EPS008	30	$1,516,060	$189,600		0	$0	$0	14-23	30	$1,516,060	$8,000	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$1,516,060	$242,600			$1,516,060	$189,600			$0	$0			$1,516,060	$8,000		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 51982310		PAVAJEAU DIAZ NOHORA CECILIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	kr 16 34 48	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2880472	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-02	2021-02	919414894	9416541332	I	2021/03/03	2021/03/10	BANCOLOMBIA	7	$440,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$242,600	$0	$0	$242,600
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$242,600	$0	$0	$242,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$8,000	$0	$0	$8,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$8,000	$0	$0	$8,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$189,600	$0	$0	$189,600
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$189,600	$0	$0	$189,600
TOTAL				1	$440,200	$0	$0	$440,200

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

rcav-

NUIP 1.032.938.532

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 39234058

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
	X	48				A Y F

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

COLOMBIA* CUNDINAMARCA* BOGOTA D.C. *

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
* * * * * * * * GONZALEZ * * * * * * * *	* * * * * * * * * * * * PAVAJEAU * * * * * *

Nombre(s)
* * * * * * * * * * * * ** * * * * * DIEGO ANDRES * * * * * * * * * * * * * *

Fecha de nacimiento										Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año	2	0	0	5	Mes	J	U	L	Día 0 4	MASCULINO * * * *	* * * A	(+) *****

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

COLOMBIA* CUNDINAMARCA* BOGOTA D.C. ***

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO CLINICA DE LA MUJER * * * **	********** A5419581 * * *

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

PAVAJEAU DIAZ NOHORA CECILIA *

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.# 51.982.310 DE BOGOTA * * * * * * * * * * * * * *	* * * COLOMBIANA * * *

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

GONZALEZ HENAO DIEGO FERNANDO ***

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.# 79.684.569 DE SANTAFE DE BOGOTA * * * * * * * * * *	COLOMBIANA * * * *

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

GONZALEZ HENAO DIEGO FERNANDO ******* * * * * * *

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C.# 79.684.569 DE SANTAFE DE BOGOTA*****	

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 J U L Día 0 6	MIGUEL ANGEL DIAZ TELLEZ. Nombre y firma

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

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

ES FIEL COPIA TOMADA DE SU ORIGINAL QUE REPOSA EN EL ARCHIVO DE ESTA NOTARIA Y SE EXPIDE CON DESTINO AL INTERESADO PARA ACREDITAR PARENTESCO.

17 JUL 2018

MIGUEL ANGEL DIAZ TÉLLEZ
Notario cuarenta y ocho (48)

ESTE REGISTRO CIVIL NO TIENE TERMINO DE VIGENCIA ART. 21 DE LA LEY 962 DE 200

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Bogotá, 01 de febrero de 2021

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.	**1032938532**	Diego Andrés González Pavajeau	**HIJO**

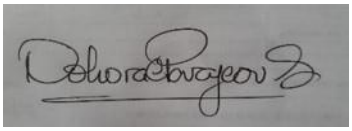
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad
- Padre o hermano que se encuentra en situación de dependencia, por ingresos en el año menores a 260 UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.

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: ___Nohora Ceilia Pavajeau Diaz_____

C.C. _____51982310_____

Estado de Cuenta

PAGA TU FACTURA AQUÍ

Pagos

DESCARGA TU FACTURA

Factura

AUTORIZAR NOTIFICACIÓN EMISIÓN FACTURA

Autorizar

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

Señor(a)

NOHORA CECILIA PAVAJEAU DIAZ

Dirección

CR 16 # 34 -48 AP 403 EFID EL

Teléfono

2880472

Ciudad

BOGOTA D.C.

INFORMACIÓN DEL CONTRATO

No. Contrato

110181

Plan

S - CEREZA EXCELSO PLUS

Tipo Contrato (1)

Familia en Alianza

Forma de Pago

Anual

Vigencia desde

25/07/2019

Vigencia hasta

24/07/2020

USUARIOS

Beneficiario	Tipo Identificación	Identificación	Estado	Eps
NOHORA CECILIA PAVAJEAU DIAZ	CEDULA DE CIUDADANIA	51982310	ACTIVO	COMPENSAR EPS

Beneficiario	Tipo Identificación	Identificación	Estado	Eps
DIEGO ANDRES GONZALEZ PAVAJEAU	TARJETA IDENTIDAD	1032938532	ACTIVO	COMPENSAR EPS

CUOTAS

Valor Cuota Plena:	$ 5,556,000.00
Valor Cuota AMD:	$ 0.00
Descuento Comercial:	$ 910,800.00
Otros Descuentos **(3)**	$ 0.00
Mas IVA 5%	$ 232,260.00
Descuento Pronto Pago	$ 278,712.00
Valor Cuota	$ 4,598,748.00
Saldo a Favor	$ 0.00
Fecha Próximo Pago	Jul 25 2020
TOTAL A PAGAR **(2)**	0.00

(1) Si el tipo de contrato corresponde a un Colectivo, el cobro se hará a traves de cuenta de cobro directamente a la empresa.

(2) Este valor puede presentar diferencias con relacion a la cuota estimada dependiendo de las novedades y recaudos que presente su contrato durante el periodo . ("Datos sujetos a verificación")

(3) El descuento podrá operar siempre y cuando el usuario se encuentre al día en su cuota de medicina prepagada y a la vez en estado activo en la EPS con la que MedPlus tenga un convenio vigente.

MedPlus MP - Oficina Virtual Usuarios

PAZ Y SALVO DE CARTERA
MEDPLUS MEDICINA PREPAGADA
Nit. 900.178.724-3

CERTIFICA:

Que el señor(a) **NOHORA CECILIA PAVAJEAU DIAZ** identificado(a) con **CC**. No. **51982310**, se encuentra a Paz y Salvo, por concepto de pagos efectuados al contrato **No. 110181**, el cual se encuentra **Activo** a partir de **2020-07-25**.

Este Paz y Salvo se expide el **2021-02-16**, a solicitud del interesado(a).

Cordialmente,

MARCELA LEMUS REYES
GERENTE INTEGRACIÓN CON EL CLIENTE

Código de verificación de la autenticidad de este documento:**208le339 .**
Link: /208le339

Estado de Cuenta

PAGA TU FACTURA AQUÍ

Pagos

DESCARGA TU FACTURA

Factura

AUTORIZAR NOTIFICACIÓN EMISIÓN FACTURA

Autorizar

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

Señor(a)

NOHORA CECILIA PAVAJEAU DIAZ

Dirección

CR 16 # 34 -48 AP 403 EFID EL

Teléfono

2880472

Ciudad

BOGOTA D.C.

INFORMACIÓN DEL CONTRATO

No. Contrato

110181

Plan

S - CEREZA EXCELSO PLUS

Tipo Contrato (1)

Familia en Alianza

Forma de Pago

Anual

Vigencia desde

25/07/2020

Vigencia hasta

24/07/2021

USUARIOS

Beneficiario	Tipo Identificación	Identificación	Estado	Eps
NOHORA CECILIA PAVAJEAU DIAZ	CEDULA DE CIUDADANIA	51982310	ACTIVO	COMPENSAR EPS

Beneficiario	Tipo Identificación	Identificación	Estado	Eps
DIEGO ANDRES GONZALEZ PAVAJEAU	TARJETA IDENTIDAD	1032938532	ACTIVO	COMPENSAR EPS

CUOTAS

Valor Cuota Plena:	$ 5,845,200.00
Valor Cuota AMD:	$ 0.00
Descuento Comercial:	$ 958,800.00
Otros Descuentos **(3)**	$ 0.00
Mas IVA 5%	$ 244,320.00
Descuento Pronto Pago **(4)**	$ 195,456.00
Valor Cuota	$ 4,935,264.00
Fecha Próximo Pago	Jul 25 2021
TOTAL A PAGAR **(2)**	0.00

(1) Si el tipo de contrato corresponde a un Colectivo, el cobro se hará a traves de cuenta de cobro directamente a la empresa.

(2) Este valor puede presentar diferencias con relacion a la cuota estimada dependiendo de las novedades y recaudos que presente su contrato durante el periodo . ("Datos sujetos a verificación")

(3) El descuento podrá operar siempre y cuando el usuario se encuentre al día en su cuota de medicina prepagada y a la vez en estado activo en la EPS con la que MedPlus tenga un convenio vigente.

(4) El valor del descuento pronto pago a aplicar esta sujeto a pago oportuno de la factura

MedPlus MP - Oficina Virtual Usuarios