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 HUILA
CENTRO DE GESTION Y DESARROLLO SOSTENIBLE SURCOLOMBIANO-HUILA - SERVICIOS PRESTAD
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	**41**
Código Centro	**952810**
Fecha Elaboración	**Marzo de 2021**
Versión	**ENERO 2021 - 1,21**
ID de Proceso	**10732-261402**
No. de documento	**53862**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	ISMELDA SILVA GOMEZ	**C.C.**	36.112.800	**IP/Nº de contacto**	3114747856
Correo electrónico contratista:	isilgo@misena.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:	DAVIVIENDA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		488402193426	
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:	2230728/2021			**Nº Compromiso SIIF**		**10121**	
Valor Total del Contrato	$ 36.293.389	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 33.609.312	**2**	**Del**	**01/03/2021**	**Al**	**31/03/2021**	**$ 3.500.970,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 30.108.342		Comisiones			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

Prestación de servicios profesionales de carácter temporal, para impartir Formación Profesional Integral titulada y/o complementaria presencial o virtual, en el Centro de Gestión y Desarrollo Sostenible Surcolombiano del SENA Regional Huila y su área de influencia en la especialidad SALUD - ENFERMERIA.

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.500.970	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	**$ 3.500.970**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.063.755**	**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	----------	**8699478723**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.400.388	$ 1.073.631
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 175.100	$ 134.300
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 224.100	$ 171.800
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL III	$ 34.200	$ 26.200
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 $ 3.630.800	$ -	
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 $ 1.161.856	$ 350.097	
Salud hasta $ 580.928	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 687.918	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.063.755,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.101.770,00	
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	0,350%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	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	**$ 3.500.970,00**	

SON: TRES MILLONES QUINIENTOS MIL NOVECIENTOS SETENTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Impartí formación en los programas asignados y reportados en sofiaplus. 2283889 - HUMANIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD, 2236080 - ENFERMERIA, 187588 EDT FOMENTAR EL AUTOCUIDADO.

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.

ISMELDA SILVA GOMEZ
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,

JUAN CARLOS GIRALDO DIAZ
INSTRUCTOR

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

JAMES ANTONIO RAMIREZ LOPEZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL :	ISMELDA SILVA GOMEZ
IDENTIFICACION:	CC-36112800
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2021-03-26
FECHA LIMITE DE PAGO:	2021-03-02
FECHA DE PAGO:	2021-03-26
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE BOGOTA
PERIODO PENSION:	2021-02
PERIODO SALUD:	2021-02
NUMERO PLANILLA:	8612384627
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8699478723
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	$ 1.380.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 172.500	$ 172.500
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	$ 1.380.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 220.800	$ 220.800
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 1.380.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 33.700	$ 33.700
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 427.000	$ 427.000

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	06/04/2021

CONSULTA EMPLEADO

RAZÓN SOCIAL	ISMELDA SILVA GOMEZ
IDENTIFICACIÓN APORTANTE	CC-36112800
SUCURSAL	0
FECHA PAGO	2021-03-26
INDENTIFICACION EMPLEADO	CC-36112800
NOMBRE EMPLEADO	ISMELDA SILVA GOMEZ
EPS	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.
AFP	Administradora Colombiana de Pensiones COLPENSIONES
CAJA COMPENSACIÓN	Sin CCF
ARL	ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS
NÚMERO PLANILLA	8612384627
REFERENCIA PAGO(PIN)	8699478723
TIPO PLANILLA	I
PERIODO PENSIÓN	2021-02
PERIODO SALUD	2021-02
TIPO COTIZANTE	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes
SUBTIPO COTIZANTE	Sin Subtipo
NOVEDAD INGRESO INICIAL	
NOVEDAD INGRESO FINAL	

ING	Fecha ING	RET	Fecha RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha VSP	VTE	VST	SLN	Fecha Sln inicio	Fecha Sln Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha LMA	Fecha LMA Fin	VAC	Fecha Vac Inicio	Fecha VAC Fin	AVP	VCT	Fecha VCT Inicio	Fecha VCT Fin	IRL	Fecha IRL Inicio	Fecha IRL Fin
																												0		

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria		Total	Fondo de Solidaridad de	Fondo de Subsistencia	Valor no retenido
				Afiliado	Aportante				
30	1.380.000	0,1600000	$ 220.800	$ 0	$ 0	$ 220.800	$ 0	$ 0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE SALUD

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	UPC adicional	Incapacidades E.G		Licencias de Maternidad o	
					Número Autorización	Valor	Número Autorización	Valor
30	1.380.000	0,1250000	$ 172.500	$ 0	0	$ 0	0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Código de centro de trabajo
30	1.380.000	0,0243600	$ 33.700	1

APORTES PARAFISCALES

Días Cot	Caja de Compensación Familiar			Sena			ICBF		ESAP		MIN DE EDUCACIÓN	
	IBC	Tarifa	Cot.Obligatori	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Tarifa	Cot. Obligatori	Tarifa	Cot.	Tarifa	Cot. Obligatori
0	0	0,0000000	$ 0	0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0

TOTAL COTIZACIÓN EMPLEADO

Pension	Salud	Riesgos	Parafiscales	Total
$ 220.800	$ 172.500	$ 33.700	$ 0	$ 427.000

Elimina la filigrana digital ahora

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Pitalito, 01 de Marzo-de 2021

SENA - CFP 419528
Radicacion Recibida
No:41-1-2021-001942
1/03/2021 2:37:04 p. m.

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 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, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

T.I.	**1007587096**	**Ana Karina Calderón Silva**	**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.

pdfelement

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,

Ismelda Silva Gomez

FIRMA

Nombre: Ismelda Silva Gómez

C.C. 36.112.800 de Isnos - Huila

Elimina la filigrana digital ahora

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

1007587096

NUIP 030405 L9C0261537

Indicativo Serial 34596875

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 3641 L 9 C

COLOMBIA HUILA PITALITO (ERCA PITALITO)

Datos del inscrito

CALDERON (Primer Apellido) SILVA (Segundo Apellido)

ANA KARINA (Nombre(s))

Fecha de nacimiento: 2003 ABR 06 (Año / Mes / Día) FEMENINO (Sexo (en letras)) A+ (Grupo sanguíneo) + (Factor RH)

COLOMBIA HUILA PITALITO (País / Departamento / Municipio / Corregimiento o Inspección)

CERTIF. NACIDO VIVO (Antecedentes de nacimiento) 34596875 (Indicativo serial)

Datos de la madre

SILVA GOMEZ IMELDA (Apellidos y nombres completos)

C.C. 36,112,800 DE ISNOS HUILA (Documento de identificación (clase y número)) COLOMBIANA (Nacionalidad)

Datos del padre

CALDERON TAVERA OMAR (Apellidos y nombres completos)

C.C. 12,225,279 DE PITALITO HUILA (Documento de identificación (clase y número)) COLOMBIANO (Nacionalidad)

Datos del declarante

CALDERON TAVERA OMAR (Apellidos y nombres completos)

C.C. 12,225,279 DE PITALITO HUILA (Documento de identificación (clase y número)) 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: Año 2003 Mes ABR Día 10

Nombre y firma del funcionario que autoriza

NELLY MUÑOZ MILLAN

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

NOTARIA SEGUNDA DE PITALITO
LA PRESENTE ES FIEL FOTOCOPIA DE FOTOCOPIA DE COLOMBIA
AUTENTICA QUE TUVE A LA VISTA

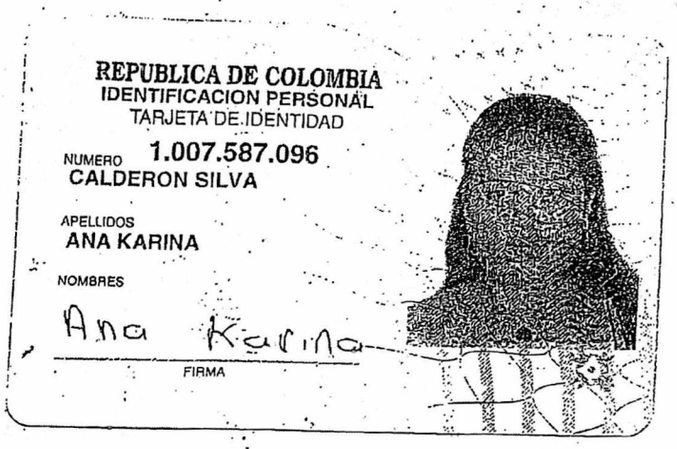
PITALITO 20 SEP 2010

EL NOTARIO, Hugo Alberto Moreno R.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
HUGO ALBERTO MORENO R
NOTARIA SEGUNDA DEL CIRCULO DE PITALITO (H)

parlement

Elimina la filigrana digital ahora



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.007.587.096
CALDERON SILVA

APELLIDOS
ANA KARINA

NOMBRES
Ana Karina

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 06-ABR-2003
PITALITO
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO
06-ABR-2021 O+ F
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO
02-ENE-2013 PITALITO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-1906100-00439227-F-1007587096-20130610 0033376358A 1 6682177106

pdfelement