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 SERVICIOS FINANCIEROS- BTÁ D.C
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	**940510**
Fecha Elaboración	**Abril de 2021**
Versión	**ENERO 2021 - 1,21**
ID de Proceso	**72832-622046**
No. de documento	**67963**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	JANNETH ANGELICA GIRALDO MENJURA	**C.C.**	53.009.583	**IP/Nº de contacto**	14414
Correo electrónico contratista:	jagiraldo385@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:	BANCO CAJA SOCIAL	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		24071288240	
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:	2202681/2021			**Nº Compromiso SIIF**		**9421**	
Valor Total del Contrato	$ 40.170.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 32.370.000	**3**	**Del**	**01/04/2021**	**Al**	**30/04/2021**	**$ 3.900.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 28.470.000		Comisiones			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA PLANEAR Y ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, QUE PROGRAME EL CENTRO DE FORMACIÓN EN SUS DIFERENTES NIVELES Y MODALIDADES, ATENDIENDO LAS POLÍTICAS INSTITUCIONALES Y LA NORMATI

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	**$ 2.299.050**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**		**$ 0**

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

	Abril	**Marzo**			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**9418204305**	Valor Base retención en la fuente	2.299.050,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.560.000	$ 1.560.000	Valor Base retención en la fuente ICA	3.455.400,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 195.000	$ 195.000	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 249.600	$ 249.600	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	$ 8.200	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	$ -				
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 766.350		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

OBL1:Se planeó la formación de las fichas:2021403 (24 aprendices) IE GABRIEL BETANCOUR MEJIA y Ficha 2021389(37 aprendices)IE Juan Rey
OBL2: Se participó en jornadas de diseño y desarrollo curricular del programa de Formación Técnico en Asistencia Administrativa.
OBL3:Se ejecutó la formación de las fichas:2021403 (24 aprendices) IE GABRIEL BETANCOUR MEJIA y Ficha 2021389(37 aprendices)IE Juan Re
OBL5: Se aplicaron las estrategias de enseñanza, aprendizaje, seguimiento y evaluación de las fichas:2021403 (24 aprendices)
IE GABRIEL BETANCOUR MEJIA y Ficha 2021389 (37 aprendices) IE Juan Rey.
OBL8: Se apoya el proceso de matrícula de las fichas 2272222 y 2277214 de la IE Francisco Socarras.
OBL20: Se cumple con la programación asignada de las fichas:2021403 (24 aprendices)
IE GABRIEL BETANCOUR MEJIA y Ficha 2021389(37 aprendices)IE Juan Rey

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.

JANNETH ANGELICA GIRALDO MENJURA
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,

HECTOR GONZALO ROMERO REY
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

MIREYA PARRA PINTO
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 53009583		GIRALDO MENJURA JANNETH ANGELICA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	diagonal 48 sur # 53 - 63 apto 402	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5860181	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-03	2021-03	958939269	9418204305	I	2021/04/22	2021/04/16	BANCO CAJA SOCIAL	0	$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
1	CC	53009583	GIRALDO JANNETH	230301	30	$1,516,060	$242,600	EPS005	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**

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
PORVENIR	230301	800,224,808	8	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
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$189,600	$0	$0	$189,600
TOTAL				1	$440,200	$0	$0	$440,200

2021/04/16 04:23 PM

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 53009583		GIRALDO MENJURA JANNETH ANGELICA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	diagonal 48 sur # 53 - 63 apto 402	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5860181	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-03	2021-03	976392755	9419488512	N	2021/04/22	2021/05/03	BANCO CAJA SOCIAL	11	$12,600

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
1	CC	53009583	GIRALDO JANNETH	230301	30	($1,516,060)	($242,600)	EPS005	30	($1,516,060)	($189,600)		0	$0	$0	14-23	30	($1,516,060)	($8,000)	0	$0	$0
2	CC	53009583	GIRALDO JANNETH	230301	30	$1,560,000	$249,600	EPS005	30	$1,560,000	$195,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,560,000	$8,200	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					**$43,940**	**$7,000**			**$43,940**	**$5,400**			**$0**	**$0**			**$43,940**	**$200**		**$0**	**$0**

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,000	$0	$0	$7,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$7,000	$0	$0	$7,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$200	$0	$0	$200
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$200	$0	$0	$200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$5,400	$0	$0	$5,400
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$5,400	$0	$0	$5,400
TOTAL				1	$12,600	$0	$0	$12,600

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Bogotá, 30 de abril 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.	**1010966966**	**Josué Herrera Giraldo**	**HIJO**
R.C.	**1020002654**	**Gabriela Herrera Giraldo**	**HIJA**

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.

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: Janneth Angélica Giraldo Menjura

C.C. 53009583

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1020002654

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 51197714

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ | Notaría ** | Número 55 | Consulado ☐ | Corregimiento ☐ | Inspección de Policía ☐ | **Código** A 5 H

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

COLOMBIA - BOGOTA D.C. ----------

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
HERRERA ----------	GIRALDO ----------

Nombre(s)

GABRIELA ----------

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2015 Mes MAR Día 13	FEMENINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA - BOGOTA D.C. ----------

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO ----------	53117080-4 ----------

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

GIRALDO MENJURA JANNETH ANGELICA ----------

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.No. 53.009.583 ----------	COLOMBIANA ----------

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

HERRERA SOLER DANIEL FERNANDO ----------

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.No. 79.852.195 ----------	COLOMBIANA ----------

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

HERRERA SOLER DANIEL FERNANDO ----------

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C.No. 79.852.195 ----------	

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 2015 Mes MAR Día 24	EDUARDO CASTRO PÉREZ Nombre y firma

IMPRESO POR THOMAS GREG & SONS DE COLOMBIA S.A NIT 860.005.080-2 TEL 381 0240

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

51197714

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.010.966.966**

HERRERA GIRALDO

APELLIDOS

JOSUE

NOMBRES

Josué Herrera Giraldo

FIRMA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **21-FEB-2011**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

21-FEB-2029

FECHA DE VENCIMIENTO

A+ G S RH

M SEXO

26-FEB-2018 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-1500150-00983646-M-1010966966-20180303 **0059**739294A 1 1104848556