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 VALLE
CENTRO DE TECNOLOGIAS AGROINDUSTRIALES-VALLE
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	**76**
Código Centro	**954310**
Fecha Elaboración	**Abril de 2021**
Versión	**ENERO 2021 - 1,21**
ID de Proceso	**46975-535661**
No. de documento	**71143**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	LEYDY CAROLINA GALLEGO BETANCOURT	**C.C.**	31.435.960	**IP/Nº de contacto**	3007624909
Correo electrónico contratista:	lcgallego06@misena.edu.co				
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	**Nº Cuenta**	91218279878
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:	2273013/2021			**Nº Compromiso SIIF**	**15521**		
Valor Total del Contrato	$ 31.724.500	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 27.034.500	**3**	**Del**	**01/04/2021**	**Al**	**30/04/2021**	**$ 2.847.500,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 24.187.000		Comisiones			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: CO1.PCCNTR.2273013 PRESTACIÓN TEMPORAL DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO INSTRUCTOR PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL, ASISTENCIA TÉCNICA, ASESORÍA A LAS EMPRESAS Y/O JORNADAS DE DIVULGACIÓN TECNOLÓGICA PARA LA EJECUCIÓN DE LAS ACCIONES D

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.847.500	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	**$ 2.847.500**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.678.538**	**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	----------	**8612187700**	Valor Base retención en la fuente	1.678.538,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.139.000	$ 1.340.000	Valor Base retención en la fuente ICA	2.522.800,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 142.400	$ 167.500	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 182.300	$ 214.400	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	$ 6.000	$ 7.000	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 8523	5.046,00	0,200%
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	$ -		Pro-UCEVA	14.238,00	0,500%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Universidad del Pacífico	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	$ 284.750		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 580.928	$ -				
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 559.513		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	**$ 2.828.216,00**	

SON: DOS MILLONES OCHOCIENTOS VEINTIOCHO MIL DOSCIENTOS DIECISEIS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Durante el mes en curso realice las siguientes funciones:
Impartí formación a aprendices en los programas de formación por medio de aula virtual y de manera asincrónica
Instructora en curso complementario Diseño y confección de vestuario- Ficha 2286496
Instructora en curso complementario Diseño y confección de vestuario- En proceso de matricula 2296840
Asistí a las diferentes reuniones programadas por la líder del programa y el coordinador académico
Ajuste a la planilla de seguridad social No. 8612830954

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.

LEYDY CAROLINA GALLEGO BETANCOURT
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,

JOSE GABRIEL GARAVITO APONTE
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

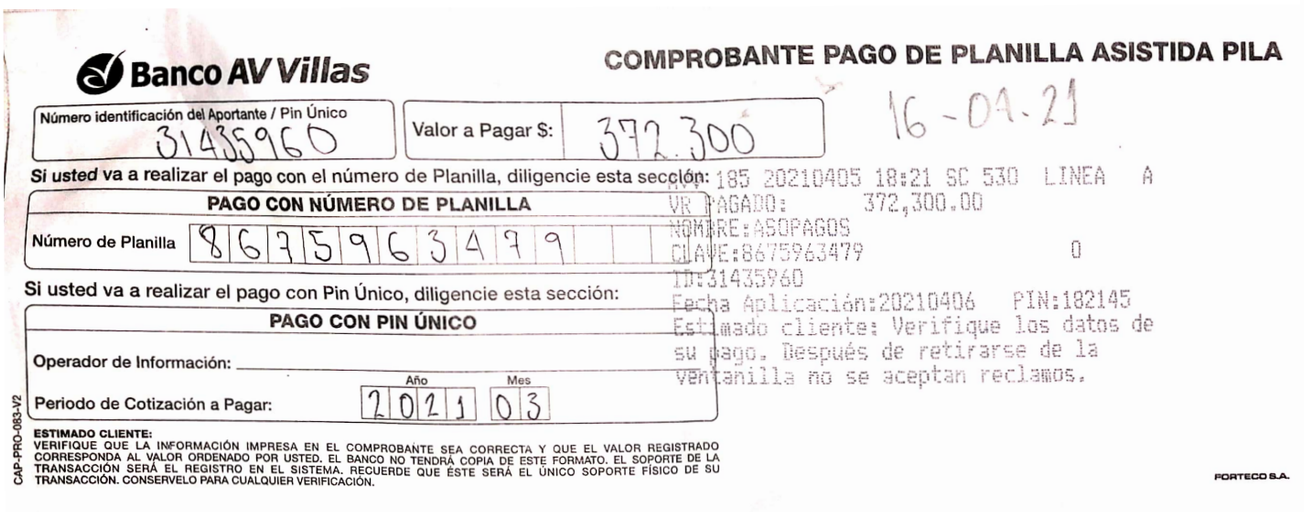
GERARDO AUGUSTO CASTRO MUÑOZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

DETALLE PLANILLA
OPERADOR DE INFORMACIÓN

Razón social: LEYDY CAROLINA GALLEGO BETANCOURT **Identificación:** CC-31435960 **Código dependencia o sucursal:** 0 **Nombre dependencia o sucursal:** 0 **Fecha de generación del reporte:** 2021-04-08 **Fecha limite de pago:** 2021-04-16 **Fecha de pago:** 2021-04-06 **Pagada por:** AvVillas **Período pensión:** 2021-03 **Período salud:** 2021-03 **Referencia de pago (PIN): 8675963479** **Tipo de planilla:** I **Clase de planilla:** Normal **Número de la planilla:** 8612187700	**Pagada**

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO DE AFILIADOS	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR	SELECCIONAR TODOS | SELECCIONAR NINGUNO
230201	800229739	PROTECCION (ING+PROTECCION)	1	$0	$0	$0	$192.000	$192.000	☐
EPS018	805001157	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S.	1	$0	$0	$0	$150.000	$150.000	☐
14-23	860011153	ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1	$0	$0	$0	$6.300	$6.300	☐
CCF57	890303208	Caja de Compensacion Familiar del Valle del Cauca COMFAMILIAR ANDI COMFANDI	1	$0	$0	$0	$24.000	$24.000	☐
GRAN TOTAL				$0	$0	$0	$372.300	$372.300	

Imprimir Descargar Resumen



Banco AV Villas

COMPROBANTE PAGO DE PLANILLA ASISTIDA PILA

Número identificación del Aportante / Pin Único: 31435960

Valor a Pagar $: 372.300

16-04-21

Si usted va a realizar el pago con el número de Planilla, diligencie esta sección:

PAGO CON NÚMERO DE PLANILLA

Número de Planilla: 8675963479

Si usted va a realizar el pago con Pin Único, diligencie esta sección:

PAGO CON PIN ÚNICO

Operador de Información: _____

Periodo de Cotización a Pagar: Año 2021 Mes 03

ESTIMADO CLIENTE:
VERIFIQUE QUE LA INFORMACIÓN IMPRESA EN EL COMPROBANTE SEA CORRECTA Y QUE EL VALOR REGISTRADO CORRESPONDA AL VALOR ORDENADO POR USTED. EL BANCO NO TENDRÁ COPIA DE ESTE FORMATO. EL SOPORTE DE LA TRANSACCIÓN SERÁ EL REGISTRO EN EL SISTEMA. RECUERDE QUE ÉSTE SERÁ EL ÚNICO SOPORTE FÍSICO DE SU TRANSACCIÓN. CONSERVELO PARA CUALQUIER VERIFICACIÓN.

CAP-PRO-083-V2

185 20210405 18:21 SC 530 LINEA A
VR PAGADO: 372,300.00
NOMBRE:ASOPAGOS
CLAVE:8675963479 0
ID:31435960
Fecha Aplicación:20210406 PIN:182145
Estimado cliente: Verifique los datos de su pago. Después de retirarse de la ventanilla no se aceptan reclamos.

FORTECO S.A.

DETALLE PLANILLA
OPERADOR DE INFORMACIÓN

Razón social: LEYDY CAROLINA GALLEGO BETANCOURT **Identificación:** CC-31435960 **Código dependencia o sucursal:** 0 **Nombre dependencia o sucursal:** 0 **Fecha de generación del reporte:** 2021-04-22 **Fecha limite de pago:** 2021-04-16 **Fecha de pago:** 2021-04-22 **Pagada por:** AvVillas **Período pensión:** 2021-03 **Período salud:** 2021-03 **Referencia de pago (PIN): 8612830954** **Tipo de planilla:** N **Clase de planilla:** Normal **Número de la planilla:** 8612830954	**Pagada**

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO DE AFILIADOS	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR	SELECCIONAR TODOS | SELECCIONAR NINGUNO
230201	800229739	PROTECCION (ING+PROTECCION)	2	$0	$0	$0	$22.400	$22.400	☐
EPS018	805001157	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S.	2	$0	$0	$0	$17.500	$17.500	☐
14-23	860011153	ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	2	$0	$0	$0	$700	$700	☐
CCF57	890303208	Caja de Compensacion Familiar del Valle del Cauca COMFAMILIAR ANDI COMFANDI	2	$0	$0	$0	$2.800	$2.800	☐
GRAN TOTAL				$0	$0	$0	$43.400	$43.400	

Imprimir Descargar Resumen

Banco AV Villas

COMPROBANTE PAGO DE PLANILLA ASISTIDA PILA

Corrección

Número identificación del Aportante / Pin Único: 31435960

Valor a Pagar $: 43.400

Si usted va a realizar el pago con el número de Planilla, diligencie esta sección:

PAGO CON NÚMERO DE PLANILLA

Número de Planilla: 8 6 1 2 8 3 0 9 5 4

Si usted va a realizar el pago con Pin Único, diligencie esta sección:

PAGO CON PIN ÚNICO

Operador de Información: _____

Periodo de Cotización a Pagar: Año 2021 Mes 03

ACK 185 20210421 18:22 SC 268 LINEA A
VR PAGADO: 43,400.00
NOMBRE:ASOPAGOS
CLAVE:8612830954 0
ID:31435960
Fecha Aplicación:20210422 PIN:182249
Estimado cliente: Verifique los datos de su pago. Después de retirarse de la ventanilla no se aceptan reclamos.

CAP-PRO-083-V2

ESTIMADO CLIENTE:
VERIFIQUE QUE LA INFORMACIÓN IMPRESA EN EL COMPROBANTE SEA CORRECTA Y QUE EL VALOR REGISTRADO CORRESPONDA AL VALOR ORDENADO POR USTED. EL BANCO NO TENDRÁ COPIA DE ESTE FORMATO. EL SOPORTE DE LA TRANSACCIÓN SERÁ EL REGISTRO EN EL SISTEMA. RECUERDE QUE ÉSTE SERÁ EL ÚNICO SOPORTE FÍSICO DE SU TRANSACCIÓN. CONSERVELO PARA CUALQUIER VERIFICACIÓN.

FORTECO S.A.

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Cartago, 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 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.	**1.011.091.842**	**JUAN ESTEBAN GALLEGO BETANCOURT**	**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.

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: LEYDY CAROLINA GALLEGO BETANCOURT

C.C. 31.435.960

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO **1.011.091.842**

GALLEGO BETANCOURT

APELLIDOS

JUAN ESTEBAN

NOMBRES

Juan Esteban gallego

FIRMA

INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **16-FEB-2006**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

16-FEB-2024

FECHA DE VENCIMIENTO

O+

G S RH

M

SEXO

21-JUL-2014 CARTAGO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

P-3103400-00612766-M-1011091842-20140820 **0039**577273A 1 3042983800