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 ANTIOQUIA
CENTRO TEXTIL Y DE GESTION INDUSTRIAL - ANTIOQUIA - SERVICIOS A LA FORMACION PROFESION
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	**5**
Código Centro	**920610**
Fecha Elaboración	**29 de Abril de 2021**
Versión	**ENERO 2021 - 1,21**
ID de Proceso	**78033-651725**
No. de documento	**56789**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	GLORIA ESTELA HERNANDEZ MANRIQUE	**C.C.**	43.803.489	**IP/Nº de contacto**	43338
Correo electrónico contratista:	glhernandezm@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:	DAVIVIENDA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		39300022025	
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:	2209075/2021			**Nº Compromiso SIIF**		**8921**	
Valor Total del Contrato	$ 39.606.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 32.187.733	**3**	**Del**	**01/04/2021**	**Al**	**30/04/2021**	**$ 3.772.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 28.415.733		Comisiones			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR PARA ATENDER LOS PROGRAMAS DE LA RED TECNOLÓGICA DE PRODUCCIÓN INDUSTRIAL EN FORMACIÓN TITULADA Y COMPLEMENTARIA PRESENCIAL PARA EL CENTRO TEXTIL Y DE GESTIÓN INDUSTRIAL

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.772.000		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	**$ 3.772.000**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.223.525**		**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	----------	**7783743093**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.508.800	$ 1.508.800
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 188.600	$ 188.600
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 241.500	$ 241.500
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 7.900	$ 7.900
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	$ 377.200	
Salud hasta $ 580.928	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 741.175	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.223.525,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.341.900,00	
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	0,000%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Jaime Isaza Cadavid	15.088,00	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	**$ 3.756.912,00**	

SON: TRES MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS DOCE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Cumplir a cabalidad el objeto del contrato en los programas y niveles de formación y lugares que el SENA le indique
Prestar los servicios con seriedad, responsabilidad, profesionalidad, eficiencia, oportunidad y calidad
Desarrollar las actividades de formación de acuerdo con los planes de acción previamente elaborados y con el personal que cumpla con l
Diseñar, programar y ejecutar las estrategias de enseñanza - aprendizaje - evaluación correspondiente al programa y nivel de formación
Diseñar actividades de aprendizaje con base en técnicas didácticas activas, promoviendo el acceso a diversas fuentes de conocimiento
Orientar el proceso de formación profesional integral de acuerdo a los diseños curriculares del programa y nivel de formación, a la es
Reportar y registrar según normatividad institucional vigente, la información académica y administrativa que se deriva de la ejecución
Presentar mensualmente y según sea necesario, los informes de valoración cualitativa y cuantitativa sobre el estado de avance de las
Participar en los comités de evaluación y seguimiento de carácter ordinario y extraordinario de los procesos de formación según progra

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.

GLORIA ESTELA HERNANDEZ MANRIQUE
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,

MARIO AUGUSTO TABORDA OSORIO
INSTRUCTOR G09

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

OLGA LUCIA LOPERA LOPERA
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	43803489
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			GLORIA ESTELA HERNANDEZ MANRIQUE
CIUDAD/MUNICIPIO:	MEDELLIN	DEPARTAMENTO:	ANTIOQUIA
DIRECCIÓN:	CRA 76 N. 53 - 79	TELÉFONO:	5041655
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de consultaría de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7783743093**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS:	MES:	marzo	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES:	marzo
	AÑO:	2021		AÑO:	2021
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2021/04/12	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		952717252

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 241.500
SUBTOTAL:			1	**$ 241.500**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800088702	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	$ 188.600
SUBTOTAL:			1	**$ 188.600**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 7.900
SUBTOTAL:			1	**$ 7.900**

TOTAL PAGADO:	**$ 438.000**

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Bogotá, 29 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:

C.C.	**1017265248**	**SANTIAGO FRANCO HERNANDEZ**	**HIJO**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Hijo entre 18 y 23 años, y me encuentro financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES ' o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados

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: _GLORIA ESTELA HERNANDEZ MANRIQUE

C.C. _43.803.489

LIQUIDACIÓN DE MATRÍCULA

FACTURAMATRICUL 1294977

Sin recargo hasta

06/04/2021

Impresa: 12/03/2021 12:57:23

VICERRECTORÍA DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE ADMISIONES Y REGISTRO

REFERENCIA: 5000001294977-8

NIT.: 890.980.040-8

IDENTIFICACIÓN: CC 1017265248
NOMBRE DEL ESTUDIANTE: SANTIAGO FRANCO HERNANDEZ
PROGRAMA ACADÉMICO: 525 INGENIERÍA SANITARIA

PERIODO ACADÉMICO: 20211
SEMESTRE DE INGRESO: 20172
SECCIONAL: MEDELLIN
CENTRO DE COSTO: 21320006

DESCRIPCIÓN	
DERECHOS DE MATRICULA	+ 341,400
RR. 47745 - 100% - ESTRATO 1,2,3 (UNICO SEMESTRE)	- 341,400

BANCOS: Banco Av Villas - Banco BBVA - Banco Davivienda - Banco Popular - Banco de Bogotá - Banco de Occidente - Bancolombia - Cooprudea -

VALOR A PAGAR: $ 0

Exija en esta factura el timbre de la máquina registradora o sello de cancelación del Banco y consérvela, pues es la base para efectuar reclamos y realizar su matrícula. El recargo por pago extemporáneo es aplicable a todos los estudiantes antiguos de pregrado y posgrado.

A los aspirantes nuevos admitidos a pregrado no se les aplica el recargo por pago extemporáneo; quienes no paguen en la fecha límite sin recargo pierden el cupo y se reemplazan por los aspirantes que los sucedan en el puntaje del examen de admisión.

H-3020-01L V 03

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
DEPARTAMENTO DE ADMISIONES Y REGISTRO

REFERENCIA: 5000001294977-8 FACTURAMATRICUL 1294977

IDENTIFICACIÓN: CC 1017265248 CENTRO DE COSTO: 21320006
NOMBRE DEL ESTUDIANTE: SANTIAGO FRANCO HERNANDEZ
PROGRAMA ACADÉMICO: 525 INGENIERÍA SANITARIA

H-3020-01L V 03

(415) 7707234873570802050000012949778 (3900) 0000000000 (96) 20210406

Sin recargo hasta 06/04/2021
$ 0

Pago extraordinario 1 hasta
$ 0

Pago extraordinario 2 hasta
$ 0

VIGILADA MINEDUCACIÓN

NO COLOCAR SELLOS NI RAYAR EL CÓDIGO DE BARRAS

Para pagar con cheque de gerenciadiríjase a tesorería -