

 <p>DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES) REGIONAL QUINDÍO CENTRO PARA EL DESARROLLO TECNOLÓGICO DE LA CONSTRUCCIÓN FP Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1 Resolución DIAN N° 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)</p>	Código Regional	63
	Código Centro	923110
	Fecha Elaboración	Mayo de 2021
	Versión	ENERO 2021 - 1,21
	ID de Proceso	07713-863770
	No. de documento	82912

DATOS DEL CONTRATISTA			
Nombres y apellidos contratista:	OLGA LILIANA GARCIA SANCHEZ	C.C.	41.912.416
Correo electrónico contratista:	olgarcia@sena.edu.co	IP/N° de contacto	62865
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	Pertenece al régimen simple de tributación?	SI
		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
		N° Cuenta	24101341383
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			
N° del contrato:	2161621/2021	N° Compromiso SIIF	2521
Valor Total del Contrato	\$ 33.282.733	N° Pago	5
Saldo Anterior del Contrato	\$ 21.087.533	Periodo objeto de pago	Del 01/05/2021 Al 31/05/2021
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 17.276.533	Comisiones	\$ 0,00
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	SERVICIOS PERSONALES: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA EN LA MODALIDAD PRESENCIAL Y/O VIRTUAL CONFORME A LOS MODELOS FORMATIVOS ESTABLECIDOS EN EL CENTRO_RAD_63-2-2021-000081		

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Ingresos por honorarios	\$ 3.811.000	Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°	0%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 3.811.000	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 2.246.475	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR			
N° Planilla PILA, o, N° Radicación pago SS	Mayo	Abril	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.524.400	\$ 1.524.400	Valor Base retención en la fuente 2.246.475,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 190.600	\$ 190.600	Valor Base retención en la fuente ICA 3.376.400,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 244.000	\$ 244.000	Valor base IVA 0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00 19%
ARL V	\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente 0,00 0%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -		Menos Retención IVA 0,00 0%
Aportes voluntarios a cuentas AFC	\$ -		Reteica - 8299 0,00
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.522.064	\$ -		
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.630.800	\$ -		Otras Retenciones 0,00 0,000%
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	\$ 381.100		Descuentos de Libranza 0,00
Salud hasta \$ 580.928	\$ -		Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00
Renta Exenta 25% \$ 8.713.920	\$ 748.825		VALOR A PAGAR \$ 3.811.000,00
Retención en la Fuente Contingente	\$ -		

SON: TRES MILLONES OCHOCIENTOS ONCE MIL PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO	
Planeación y orientación de las Actividades de Enseñanza - Aprendizaje- Evaluación para los programas de formación: • Ficha: 2309253 - Replanteo. • Ficha: 2315695 - Construcción básica. • Ficha: 2323402 - Estuco y pintura. • Ficha: 2323395 - Enchapes en baldosa. • Ficha: 2325120 - Enchapes en baldosa. Juicios Evaluativos de los siguientes programas de formación: • Ficha: 2309253 - Replanteo. Ejecución contractual de actividades de aprendizaje programadas de acuerdo con el proyecto formativo. Entrega de Informe mensual de actividades del mes de mayo de 2021. En la planilla de pago del presente mes se reportan 160 horas de acuerdo a las actividades impartidas. Pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral correspondiente al mes de abril de 2021. Recibo de pago de aportes a Salud Pensiones y ARL, Planilla N° 4384782671.	

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.	OLGA LILIANA GARCIA SANCHEZ EL CONTRATISTA
--	---

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO	
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí 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, CLARA MARIA GARCIA CRUZ COORDINADORA ACADÉMICA

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

ANSTRONG ALBERTO GOMEZ RIOS
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

TOTAL APORTES A PENSIÓN												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 244.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 244.000	\$ 0	\$ 244.000
SUBTOTALES:										\$ 244.000	\$ 0	\$ 244.000

TOTAL APORTES A SALUD																
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS044	EPS044-MEDIMÁS	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 190.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 190.600	\$ 0	\$ 0	\$ 190.600
SUBTOTALES:									\$ 190.600				\$ 190.600	\$ 0	\$ 0	\$ 190.600

TOTAL	\$ 434.600
--------------	-------------------

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	41912416
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	OLGA LILIANA GARCIA SANCHEZ		
CIUDAD/MUNICIPIO:	ARMENIA	DEPARTAMENTO:	QUINDIO
DIRECCIÓN:	CASTELLON MZ J CASA 15	TELÉFONO:	7343428
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
NÚMERO PLANILLA:	4384782671		TIPO DE PLANILLA:
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril	PERIODO COTIZACIÓN
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2021	SALUD:
DÍAS DE MORA:	0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2021/05/06	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9995027223

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 244.000
SUBTOTAL:			1	\$ 244.000
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
901097473	EPS044	EPS044-MEDIMÁS	1	\$ 190.600
SUBTOTAL:			1	\$ 190.600
TOTAL PAGADO:				\$ 434.600

Armenia, 06 /mayo 2021

Señores

Grupo Administración de Salarios (para funcionarios de Digeneral)

Grupo de Apoyo Administrativo Mixto (para las Regionales)

Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

Ciudad

Asunto: Solicitud deducible retención en
fuente por dependientes

Estimados señores:

Con la presente solicito que de acuerdo con el Artículo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el Artículo 2º. Párrafo 3ro. del Decreto 099 del 2013, se tenga en cuenta como deducible de mis ingresos brutos provenientes de la relación laboral por el concepto de dependientes, los cuales relaciono a continuación:

Apellidos y Nombre	Documento Identidad	Calidad del Dependiente
ALEJANDRO ARANGO GARCIA	T.I 1090273058	1. Hijos menores 18 años.

Certifico bajo la gravedad de juramento la información consignada en esta solicitud y me comprometo a enviar solicitud de revocación de aplicación del deducible por dependientes en el caso en que cesen las condiciones que dan origen a esta solicitud.

Cordialmente,


OLGA LILIANA GARCIA SANCHEZ

CC. 41.912.416

Anexo: Relación de documentos que anexa el trabajador.

- Registro civil de nacimiento X
- Certificado de estudios.
- Certificado contador público.
- Certificado medicina legal.



REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

1090273058

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTOIndicativo
Serial

3 5619765

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina							
Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código	
☐	☒	01	☐	☐	☐	N 1 2	
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía							
COLOMBIA		QUINDIO		ARMENIA			

Datos del inscrito							
Primer Apellido				Segundo Apellido			
ARANGO				GARCIA			
Nombre(s)							
ALEJANDRO							
Fecha de nacimiento							
Año	20	05	Mes	JUL	Día	24	Sexo (en letras)
						MASCULINO	Grupo Sanguíneo
							Factor RH
							positivo
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)							
COLOMBIA		QUINDIO		ARMENIA			

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos		Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO		A 6552289

Datos de la madre	
Apellidos y nombres completos	
GARCIA SANCHEZ OLGA LILIANA	
Documento de identificación (Clase y número)	
c.c.41.912.416 de Armenia	
Nacionalidad	
COLOMBIANA	

Datos del padre	
Apellidos y nombres completos	
ARANGO TABARES LUIS JAIME	
Documento de identificación (Clase y número)	
c.c.10.086.431 de Pereira	
Nacionalidad	
COLOMBIANA	

Datos del declarante	
Apellidos y nombres completos	
GARCIA SANCHEZ OLGA LILIANA	
Documento de identificación (Clase y número)	
c.c.41.912.416 de Armenia	
Firma	
Olga Liliana Garcia	

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	2005	Mes	AGO
Día	09	Dr. JAVIER OCAMPO CANO	
		Nombre y firma	

COPIA PARA EL USUARIO