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 SANTANDER
AMPLIACION COBERTURA
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	**68**
Código Centro	**101068**
Fecha Elaboración	**19 de Mayo de 2021**
Versión	**ENERO 2021 - 1,21**
ID de Proceso	**51220-245277**
No. de documento	**99859**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	LUZ AMPARO RODRIGUEZ BUILES	**C.C.**	63.398.555	**IP/Nº de contacto**	73164
Correo electrónico contratista:	larodriguezb@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	SI	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**		NO	
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		31225040284	
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:	2110604/2021			**Nº Compromiso SIIF**		**1121**	
Valor Total del Contrato	$ 60.500.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 40.333.333	**5**	**Del**	**01/05/2021**	**Al**	**31/05/2021**	**$ 5.500.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 34.833.333		Comisiones			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

SERVICIOS PERSONALES: SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL APOYO A SUPERVISIÓN ADMINISTRATIVA DE CONVENIOS MARCO DERIVADOS POR LIQUIDAR EN EJECUCIÓN Y SUSCRITOS POR EL SENA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA AMPLIACIÓN DE COBERTURA PL 11M V/M $5.500.000

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 5.500.000	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	**$ 5.500.000**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.923.800**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**		**$ 0**

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

	Mayo	**Abril**			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**49325025**	Valor Base retención en la fuente	2.923.800,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 2.200.000	$ 2.200.000	Valor Base retención en la fuente ICA	4.873.000,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 275.000	$ 275.000	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 352.000	$ 352.000	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	$ 11.500	$ 11.500	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 8299	0,00	0,600%
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	$ 677.974		-	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	$ 550.000		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 580.928	$ -				
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 911.257		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	**$ 5.500.000,00**	

SON: CINCO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

1.Apoyar la elaboracion del acta de las visitas de supervision, y generar el informe de supervision final en el área administrativa del mes de marzo de 2021 (CORPOCIDES e ITAE) de acuerdo a los subsanado en visita.
2.Realizar los ajustes a los informes del mes de marzo luego de la revisión de la Supervisión con relación al área administrativa
3.Apoyar al área financiera en la revisión de los lineamientos para dar a conocer a las entidades sobre el Segundo Desembolso a las e
4.Participar de la socialización de los lineamientos del segundo desembolso con las Entidades de Ampliación de Cobertura (13 de mayo
5.Informar a las entidades el usuario para el ingreso a la Plataforma Compromiso
6.Realizar la clasificación de los expedientes en la etapa contractual de los convenios de ampliación de cobertura vigentes,
y realizar informe de avance del archivo de ampliación para dar cumplimiento a la Circular 01-3-2021-000023 Organización de archivos d

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.

LUZ AMPARO RODRIGUEZ BUILES
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,

DOLLY MAYERLY VALENZUELA SUAREZ
PROFESIONAL G06

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

ORLANDO ARIZA ARIZA
DIRECTOR REGIONAL A G08

ARUS®
Tecnología + Información = Conocimiento

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900089104-5
Razón Social del Operador de Información	ARUS (antes Enlace Operativo)
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2021-05-05, 09:19:19 AM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	abril de 2021
Periodo de Cotización Para Salud	abril de 2021
Empresa	LUZ AMPARO RODRIGUEZ BUILES
CEDULA CIUDADANIA	CC 63398555
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	49325025
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	979394292
Banco	(1007) - BANCOLOMBIA
Valor	$ 658.500
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.0.19.58

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N800224808	230301	PORVENIR	1	$ 352.000	$ 0
N900156264	EPS037	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD NUEVA EPS S.A.	1	$ 275.000	$ 0
N890903790	14-11	ARL SURA	1	$ 11.500	$ 0
N890201578	CCF40	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMFENALCO SANTANDER	1	$ 20.000	$ 0

SubTotales:	$ 658.500	$ 0
Total a Pagar:		$ 658.500

Bucaramanga, 19/05/2021

Señores
Grupo de Apoyo Administrativo Mixto
Servicio Nacional de Aprendizaje SENA
Ciudad

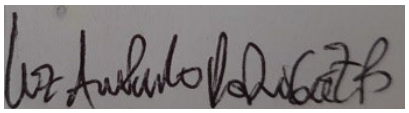
Asunto: Solicitud deducible retención en fuente por dependientes

Estimados señores:

Con la presente solicito que de acuerdo con el Articulo 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** 1. Hijos menores 18 años. 2. Hijos estudiantes entre 18 y 23 años. 3. Hijos mayores a 23 años con dependencia por factores físicos o psicológicos. 4. Cónyuge con ingresos inferiores a 260 UVT o dependencia por factores físicos o psicológicos. **5.** Padres o hermanos con ingresos inferiores a 260 UVT o dependencia por factores físicos o psicológicos.
GARCIA RODRIGUEZ LUCIANA	1.102.092.253	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,



LUZ AMPARO RODRÍGUEZ BUILES
C.C. 63.398.555

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

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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1102092253

Indicativo Serial 36089621

36089621

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 01 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código R 7 N

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía: COLOMBIA.- - - - - - - - - - 68-SANTANDER.- - - - - - -VELEZ.- - - -

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
GARCIA.- - - - - - - - - - - - - - -	RODRIGUEZ.- - - - - - - - - - - -

Nombre(s): LUCIANA.- -

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2014 Mes OCT Día 12	FEMENINO.- - - -	B.------	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA.- - - - - - - - -SANTANDER.- - - - - -VELEZ.- - - - - - - -

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO DE NACIDO VIVO.-------------	12685237-4.-------

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: RODRIGUEZ BUILES LUZ AMPARO.- - - - - - - - - - - - - - - - - -

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.#63.398.555 DE MALAGA, SANTANDER.- - - - - -	COLOMBIANA.- - - -

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: GARCIA RINCON FEDERMAN.- - - - - - - - - - - - - - - - - - - -

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.#13.959.580 DE VELEZ, SANTANDER.- - - - - -	COLOMBIANO.- - - -

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: GARCIA RINCON FEDERMAN.- - - - - - - - - - - - - - - - - - - -

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C.#13.959.580 DE VELEZ, SANTANDER.- - -	Federman Garcia Rinc

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos: X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X	X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos: X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X	X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2014 Mes OCT Día 16	DR. JOSE ANTONIO FUENTES ROCHA. (Nombre y firma)

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Federman Garcia Rincon (Firma)	DR. JOSE ANTONIO FUENTES ROCHA. (Nombre y firma)

ESPACIO PARA NOTAS

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Dr. José Antonio Fuentes Rocha
NOTARIO PRIMERO
DEL CIRCULO DE VELEZ SANTANDER

Por asistencia del Compareciente no se Autoriza esta Diligencia de Autenticación

© FESA S.A. NIT. 890.321.151-0

NIT 899.999.2844

CERTIFICADO DE INTERESES
CERTIFICADO SOBRE CRÉDITO HIPOTECARIO
AÑO GRAVABLE 2020

CRÉDITO PARA VIVIENDA

Nombre del Titular:	LUZ AMPARO RODRIGUEZ BUILES
Número de Documento:	63398555
Nombre del Titular 2:	
Número de Documento:	
Número de Crédito:	6339855503
Fecha de desembolso:	13/03/2013
Valor desembolsado Año Gravable:	$ 83,979,000.00

Saldo a: 31/12/2020 (1.0) $59,636,792.78

Saldo a: 31/12/2019 (1.0) $64,301,872.50

Pagos del Período Capital e Intereses:	$ 12,800,659.60
Valor deducible por Intereses y UVR	$ 8,135,579.88

Fecha de Generación: 31/12/2020

PARA PRÉSTAMOS DE ADQUISICIÓN DE VIVIENDA, LA DEDUCCIÓN ESTARÁ LIMITADA A 1200.0 UVT EQUIVALENTES A $42,728,000.00 PARA EL AÑO GRAVABLE 2020 SEGÙN ART. 51 DE LA LEY 1111 DEL 27 DE DICIEMBRE DE 2006 QUE ADICIONA EL ART. 868-1 DEL ESTATUTO TRIBUTARIO.

NO REQUIERE FIRMA (ART. 10 D.R. 836/91)