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 CAUCA
CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS - CAUCA - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION
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	**19**
Código Centro	**930710**
Fecha Elaboración	**Mayo de 2021**
Versión	**ENERO 2021 - 1,21**
ID de Proceso	**59862-916880**
No. de documento	**100044**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	ANGELA VIVIANA RAMOS CAICEDO	**C.C.**	1.061.714.626	**IP/Nº de contacto**	22026
Correo electrónico contratista:	aramosca@sena.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**		86874947701	
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:	2184125/2021			**Nº Compromiso SIIF**		**24721**	
Valor Total del Contrato	$ 36.449.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 28.829.000	**3**	**Del**	**01/05/2021**	**Al**	**31/05/2021**	**$ 3.810.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 25.019.000		Comisiones			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

Prestar los servicios personales de carácter temporal, para orientar formación profesional integral - titulada de manera presencial o virtual, en el programa de areas trasversales, conforme a las necesidades del centro de comercio y servicios - SENA Regional Cauca. Para el área de: Ambiental.

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.810.000	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	**$ 3.810.000**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.245.950**	**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	----------	**9418909289**	Valor Base retención en la fuente	2.245.950,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.524.000	$ 1.524.000	Valor Base retención en la fuente ICA	3.375.600,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 190.500	$ 190.500	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 243.900	$ 243.900	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	$ 8.000	$ 8.000	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 300	6.751,00	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	$ -		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	$ 381.000		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 580.928	$ -				
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 748.650		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	**$ 3.803.249,00**	

SON: TRES MILLONES OCHOCIENTOS TRES MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y NUEVE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Publicación y ejecución de actividades según calendario en el aplicativo SofiaPlus.
Entregar informes académicos que contengan: Juicios evaluativos.
Registrar los resultados de la emisión de juicios de evaluación relacionados con los logros de los resultados de aprendizaje.
Descargar del aplicativo SofiaPlus las horas reportadas mensualmente.
Garantizar el pago oportuno de la seguridad social de cada mes para que éste se vea reflejado en la base de datos del FOSYGA.
Resultado: ASUMIR RESPONSABLEMENTE LOS CRITERIOS DE PRESERVACIÓN Y CONSERVACIÓN DEL MEDIO AMBIENTE Y DE DESARROLLO SOSTENIBLE.
Resultado: INTERPRETAR LOS PROBLEMAS AMBIENTALES Y DE SST TENIENDO EN CUENTA LOS PLANES Y PROGRAMAS ESTABLECIDOS POR LA ORGANIZACIÓN Y
Resultado: EFECTUAR LAS ACCIONES PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA PROBLEMÁTICA AMBIENTAL Y DE SST, TENIENDO EN CUENTA LOS PROCEDIMIE
Orientar procesos de formación profesional en las fichas: 2254882 - 2254893 – 2143067E - 2232316 - 2024487 - 2187363 - 2164719

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.

ANGELA VIVIANA RAMOS CAICEDO
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,

HAROL ARMANDO ROSERO SALAZAR
COORDINADOR ACADÉMICO

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

JOHN JAIRO MOTTA CALDERON
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 1061714626		RAMOS CAICEDO ANGELA VIVIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cr 2E #11-21	POPAYAN-CAUCA	8318321	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-04	2021-04	971808738	9418909289	I	2021/05/07	2021/04/29	BANCOLOMBIA	0	$442,400

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	1061714626	RAMOS CAICEDO ANGELA VIVIANA	231001	30	$1,524,000	$243,900	EPS005	30	$1,524,000	$190,500		0	$0	$0	14-23	30	$1,524,000	$8,000	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,524,000	$243,900			$1,524,000	$190,500			$0	$0			$1,524,000	$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	$243,900	$0	$0	$243,900
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$243,900	$0	$0	$243,900
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	$190,500	$0	$0	$190,500
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$190,500	$0	$0	$190,500
TOTAL				1	$442,400	$0	$0	$442,400

Pagos aportes en línea

Módulo de pagos electrónicos

Pago electrónico

El pago electrónico de su autoliquidación se ha realizado exitosamente

Resumen del pago electrónico

Dirección IP:	186.85.173.252
Estado de la transacción:	APROBADA
Clave planilla:	9418909289
Valor:	442,400
Período de pago:	2021-04
No Transacción (CUS):	971808738
Fecha:	2021/04/29
Banco:	BANCOLOMBIA
Aportes en línea:	9999001472382

Aceptar

Imprimir

Copyright © 2021 Aportes en Línea. Todos los derechos reservados.

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Popayán, mayo de 2021

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Popayán

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 empleada 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, tienen la calidad de dependiente a mi cargo:

T.I.	**1059243224**	**Juan Felipe Sánchez Ramos**	**HIJO**
R.C	**1059247518**	**Luciana Flor Ramos**	**HIJA**

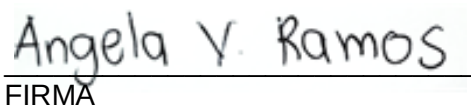
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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: ANGELA VIVIANA RAMOS CAICEDO
C.C. 1061714626 de Popayán

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD



NÚMERO 1.059.243.224

SANCHEZ RAMOS

APELLIDOS

JUAN FELIPE

NOMBRES

Juan Felipe Sánchez

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 27-MAR-2010

POPAYAN
(CAUCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

27-MAR-2028 A+ M

FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

04-ABR-2017 POPAYAN

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1100100-00903199-M-1059243224-20170508 0055288332A 1 7754383256

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1059243224

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 43545610

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
	X	03				13

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

COLOMBIA CAUCA POPAYAN

Datos del Inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
SANCHEZ	RAMOS

Nombre(s)

JUAN FELIPE

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2010 Mes MAR Día 27	MASCULINO	A	POSITIVO

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

COLOMBIA CAUCA POPAYAN

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO DANE	52059695-4

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: RAMOS CAICEDO ANGELA VIVIANA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No 1.061.714.626 POPAYAN	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: SANCHEZ WILMER

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No 10.302.120 POPAYAN	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: SANCHEZ WILMER

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C.C no 10.302.120 POPAYAN	Wilmer Sánchez

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 2010 Mes ABR Día 04	JOSE JOAQUIN GUTIERREZ VALENCIA
	Nombre y firma

IMPRESO POR BANARANC S.A. NIT. 890.015.711-5 10/33 10 21/01

SIRVASE COPIA PARA EL USUARIO -

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1.059.247.518

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 55723439

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [0 3] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** F 3 H

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

COLOMBIA - CAUCA - POPAYÁN

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
FLOR	RAMOS

Nombre(s)

LUCIANA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2015 Mes NOV Día 26	FEMENINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA CAUCA POPAYÁN

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO NACIDO VIVO	53344749-0

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

RAMOS CAICEDO ANGELA VIVIANA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CÉDULA DE CIUDADANÍA NO. 1.061.714.626	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

FLOR TORO ARIEL MAURICIO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CÉDULA DE CIUDADANÍA NO. 1.061.696.777	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

FLOR TORO ARIEL MAURICIO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CÉDULA DE CIUDADANÍA NO. 1.061.696.777	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

********** **********

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CÉDULA DE CIUDADANÍA NO. *.***.***.***	

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

********** **********

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CÉDULA DE CIUDADANÍA NO. *.***.***.***	

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2015 Mes DIC Día 04	MARIO OSWALDO ROSERO MERA Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	MARIO OSWALDO ROSERO MERA Nombre y firma

LIBRO DE REGISTRO DE VARIOS TOMO 35 FOLIO 111 **ESPACIO PARA NOTAS**

IMPRESO POR PANAMERICANA FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 830.175.457-5 TEL. 430 2110

55723439

PRIMERA COPIA PARA LA DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL