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	**12628-314575**
No. de documento	**99727**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	CARMEN ALICIA CAMPO	**C.C.**	34.563.325	**IP/Nº de contacto**	3012355426
Correo electrónico contratista:	campoa@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:	BANCO CAJA SOCIAL	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		24099311629	
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:	2183700/2021			**Nº Compromiso SIIF**		**9421**	
Valor Total del Contrato	$ 37.089.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 26.559.000	**4**	**Del**	**01/05/2021**	**Al**	**31/05/2021**	**$ 3.510.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 23.049.000		Comisiones			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

Prestar los servicios personales de carácter temporal, para orientar formación profesional integral de manera virtual a distancia, en el programa de titulada virtual, conforme a las necesidades del centro de comercio y servicios - SENA Regional Cauca. Para el área de: Mercadeo. PLAZO 10 MESES Y 17 DIAS - VALOR MENSUAL $3.510.000

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.510.000	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	**$ 3.510.000**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.069.100**	**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	----------	**9418921259**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.404.000	$ 1.404.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 175.500	$ 175.500
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 224.700	$ 224.700
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 7.400	$ 7.400
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	$ 351.000	
Salud hasta $ 580.928	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 689.700	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.069.100,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.109.800,00	
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 - 300	6.220,00	0,200%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	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	**$ 3.503.780,00**	

SON: TRES MILLONES QUINIENTOS TRES MIL SETECIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Publicación y ejecución de actividades según calendario en el aplicativo Sofiaplus. Orientar proceso de formación virtual en las las fichas 2281662 - 2282211 Gestión de Mercados.Competencia Ficha 2281662 - 2282211: Diseñar el proyecto de la investigación de mercados de acuerdo con los objetivos y metas de la Investigación. Resultado de Aprendizaje Fichas 2281662 - 2282211: Definir el objetivo de investigación de mercados según la formulación del problema de investigación científica.
Con un total de 168 horas reportadas.
Registrar los resultados de la emisión de juicios de evaluación. Descargar del aplicativo Sofía plus las horas reportadas mensualmente. Garantizar el pago oportuno de la seguridad social de cada mes para que este se vea reflejado en Fosyga.

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.

CARMEN ALICIA CAMPO
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;

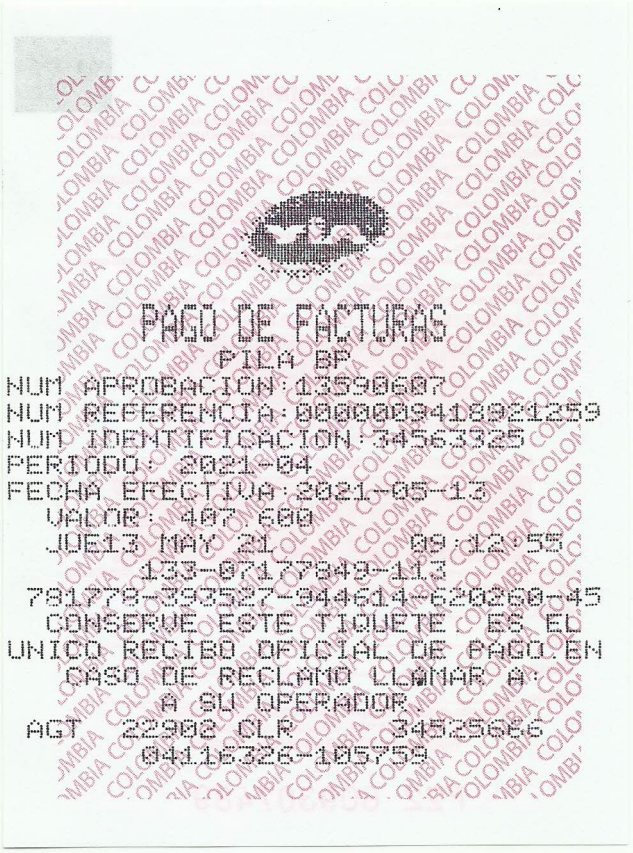
3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas 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



PAGO DE FACTURAS
PILA BP
NUM APROBACION:135906070
NUM REFERENCIA:000000941892125 9
NUM IDENTIFICACION:34563325
PERIODO: 2021-04
FECHA EFECTIVA:2021-05-13
VALOR: 407.600
JUE13 MAY 21 09:12:55
133-07177343-113
791778-393527-944614-620260-45
CONSERVE ESTE TIQUETE ES EL
UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO.EN
CASO DE RECLAMO LLAMAR A:
A SU OPERADOR
AGT 22902 CLR 345256E6
04116326-105759

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 34563325		CAMPO CARMEN ALICIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 17 57n 8-54 casa 16 villa claudia	POPAYAN-CAUCA	8375306	Si

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	13590607	9418921259	I	2021/05/07	2021/05/13	BANCO DE OCCIDENTE	0	$407,600

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
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,404,000	$224,700			$1,404,000	$175,500			$0	$0			$1,404,000	$7,400		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,404,000	$224,700			$1,404,000	$175,500			$0	$0			$1,404,000	$7,400		$0	$0
Ciudad: POPAYAN Depto: CAUCA (1 Afiliados)					$1,404,000	$224,700			$1,404,000	$175,500			$0	$0			$1,404,000	$7,400		$0	$0
1	CC	34563325	CAMPO CARMEN	230201	30	$1,404,000	$224,700	EPS005	30	$1,404,000	$175,500		0	$0	$0	14-23	30	$1,404,000	$7,400	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,404,000	$224,700			$1,404,000	$175,500			$0	$0			$1,404,000	$7,400		$0	$0

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 34563325		CAMPO CARMEN ALICIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 17 57n 8-54 casa 16 villa claudia	POPAYAN-CAUCA	8375306	Si

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	13590607	9418921259	I	2021/05/07	2021/05/13	BANCO DE OCCIDENTE	0	$407,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$224,700	$0	$0	$224,700
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$224,700	$0	$0	$224,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,400	$0	$0	$7,400
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$7,400	$0	$0	$7,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$175,500	$0	$0	$175,500
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$175,500	$0	$0	$175,500
TOTAL				**1**	**$407,600**	**$0**	**$0**	**$407,600**

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Popayán, Mayo 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:

T.I.	**1058550247**	**LAURA CAMILA PEREZ CAMPO**	**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: CARMEN ALICIA CAMPO

C.C. 34563325

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.058.550.247**

PEREZ CAMPO

APELLIDOS

LAURA CAMILA

NOMBRES

Laura camila Perez Campo

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **29-ABR-2010**

POPAYAN
(CAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

29-ABR-2028
FECHA DE VENCIMIENTO

A+ G S RH

F SEXO

13-JUL-2017 POPAYAN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1100100-00926231-F-1058550247-20170726 **00566**78699A 3 7764527248