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	**94706-063162**
No. de documento	**91951**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	AMPARO SAMBONI CRUZ	**C.C.**	48.645.064	**IP/Nº de contacto**	3132388779
Correo electrónico contratista:	asamboni@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**	86831280982		
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:	2153661/2021			**Nº Compromiso SIIF**	**3421**		
Valor Total del Contrato	$ 40.894.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 28.829.000	**5**	**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 de manera presencial o virtual, en el programa de titulada presencial, conforme a las necesidades del centro de comercio y servicios - SENA Regional Cauca. Para el área de: Cocina

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	----------	**8612408926**	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 II	$ 16.000	$ 16.000	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

Orientar procesos de formación en el municipio de Popayán. F:2187363. Competencia: Control de materias primas.R2.Solicitar materia primas de acuerdo con receta estándar, ficha técnica. Desde el 07 de abril de 2021. Según reporte de sofia plus. 48 horas. Orientar procesos de formación en el municipio de Popayán. Ficha :2027369. Competencia: Preparar alimentos.R1.Elaborar productos de cocina de acuerdo con receta estándar, orden de producción. Desde el 03 de mayo de 2021. Según reporte de sofia plus.6 h.
Orientar procesos formacion en el municipio de popayan. Ficha 2254879.Competencia: Control de materias primas.R1:Caracterizar m.p, teniendo en cuenta fichas técnicas de producto y estandares de calidad. Desde 05 de mayo de 2021. Según reporte de sofia plus.48 h.
Orientar procesos formacion en el municipio de Santander de Q. Ficha 2254823.Competencia: Control de materias primas. R1:Caracterizar materias primas, teniendo en cuenta fichas técnicas de producto y estándares de calidad. Desde 06 de mayo de 2021.
Según reporte de sofia plus.45 horas.

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.

AMPARO SAMBONI CRUZ
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

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL :	AMPARO SAMBONI CRUZ
IDENTIFICACION:	CC-48645064
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2021-04-21
FECHA LIMITE DE PAGO:	2021-05-18
FECHA DE PAGO:	2021-04-16
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO AV VILLAS
PERIODO PENSION:	2021-04
PERIODO SALUD:	2021-04
NUMERO PLANILLA:	8612408926
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8603573251
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS018	805001157	SOS-EPS	1	$ 1.524.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 190.500	$ 190.500
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	$ 1.524.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 243.900	$ 243.900
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 1.524.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 8.000	$ 8.000
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 442.400	$ 442.400

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	17/06/2021

RAZON SOCIAL :	AMPARO SAMBONI CRUZ
IDENTIFICACION:	CC-48645064
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2021-05-04
FECHA LIMITE DE PAGO:	2021-05-18
FECHA DE PAGO:	2021-04-21
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO AV VILLAS
PERIODO PENSION:	2021-04
PERIODO SALUD:	2021-04
NUMERO PLANILLA:	8612810328
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8612810328
TIPO DE PLANILLA:	N

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 8.000	$ 8.000
Subtotal ARL		1	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 8.000	$ 8.000
			Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 8.000	$ 8.000

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	17/06/2021

Banco AV Villas

COMPROBANTE PAGO DE PLANILLA ASISTIDA PILA

Número identificación del Aportante / Pin Único	Valor a Pagar $:
48645064	442.400

Si usted va a realizar el pago con el número de Planilla, diligencie esta sección:

PAGO CON NÚMERO DE PLANILLA

Número de Planilla: 8603573251

Si usted va a realizar el pago con Pin Único, diligencie esta sección:

PAGO CON PIN ÚNICO

Operador de Información: _____

Periodo de Cotización a Pagar: Año 2021 Mes 04

AVV 253 20210416 08:35 SC 571 LINEA 0
VR PAGADO: 442,400.00
NOMBRE:ASOPAGOS 0
CLAVE:8603573251
ID:48645064
Fecha Aplicación:20210416 PIN:83533
Estimado cliente: Verifique los datos de su pago. Después de retirarse de la ventanilla no se aceptan reclamos.

CAP-PRO-083-V2

ESTIMADO CLIENTE:
VERIFIQUE QUE LA INFORMACIÓN IMPRESA EN EL COMPROBANTE SEA CORRECTA Y QUE EL VALOR REGISTRADO CORRESPONDA AL VALOR ORDENADO POR USTED. EL BANCO NO TENDRÁ COPIA DE ESTE FORMATO. EL SOPORTE DE LA TRANSACCIÓN SERÁ EL REGISTRO EN EL SISTEMA. RECUERDE QUE ÉSTE SERÁ EL ÚNICO SOPORTE FÍSICO DE SU TRANSACCIÓN. CONSÉRVELO PARA CUALQUIER VERIFICACIÓN.

FORTECO S.A.

Fiel copia del Orginal.
Amparo Samboni Cruz
48645064.

Banco AV Villas

COMPROBANTE PAGO DE PLANILLA ASISTIDA PILA

Número identificación del Aportante / Pin Único	Valor a Pagar $:
48.645.064	8000

Si usted va a realizar el pago con el número de Planilla, diligencie esta sección:

PAGO CON NÚMERO DE PLANILLA

Número de Planilla: 8612810328

Si usted va a realizar el pago con Pin Único, diligencie esta sección:

PAGO CON PIN ÚNICO

Operador de Información: _____

Periodo de Cotización a Pagar: Año 2021 Mes 04

CAP-PRO-083-V2

ESTIMADO CLIENTE:
VERIFIQUE QUE LA INFORMACIÓN IMPRESA EN EL COMPROBANTE SEA CORRECTA Y QUE EL VALOR REGISTRADO CORRESPONDA AL VALOR ORDENADO POR USTED. EL BANCO NO TENDRÁ COPIA DE ESTE FORMATO. EL SOPORTE DE LA TRANSACCIÓN SERÁ EL REGISTRO EN EL SISTEMA. RECUERDE QUE ESTE SERÁ EL ÚNICO SOPORTE FÍSICO DE SU TRANSACCIÓN. CONSERVELO PARA CUALQUIER VERIFICACIÓN.

254 20210421 09:09 SC 466 LINEA D
PAGADO: 8,000.00
SEC:ASOPA605
VER:01 2810328 PAG: 1 D
NIT:48645064
Fecha Aplicación:2021U421 PIN:90933
Estimado cliente: verifique los datos de
su pago. Después de retirarse de la
ventanilla no se aceptan reclamos.

FORTECO S.A.

Fiel Copia del Original
Amparo Sanboni Be
48.645064

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Popayán, mayo 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.	1059237412	JUAN PABLO COLLAZOS SAMBONI	HIJO.

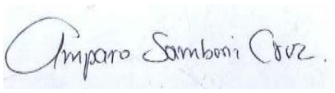
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Hijo menor de 18 años

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: AMPARO SAMBONI CRUZ

C.C. 48645064 de Mercaderes



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.059.237.412

COLLAZOS SAMBONI

APELLIDOS

JUAN PABLO

NOMBRES

Juan Pablo collazos

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 16-MAY-2006

POPAYAN
(CAUCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

16-MAY-2024

FECHA DE VENCIMIENTO

11-JUL-2013 POPAYAN

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

B+ G S RH

M SEXO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-1100100-00487522-M-1059237412-20131005 0035308526A 1 39235154