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 GUAVIARE
CENTRO DE DESARROLLO AGROINDUSTR, TURISTICO Y TECNOLOG DEL GUAVIARE- SERVCIOS PRE
Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA **Nit adquiriente: 899.999.034-1**
Resolución DIAN Nº 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)

Código Regional	95
Código Centro	953310
Fecha Elaboración	Mayo de 2021
Versión	ENERO 2021 - 1,21
ID de Proceso	17201-234078
No. de documento	98572

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	CAROLINA BUITRAGO BEJARANO	**C.C.**	1.115.066.543	**IP/Nº de contacto**	3164479873
Correo electrónico contratista:	psicarolinabuitrago@hotmail.com				

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 ?**		SI	
Banco al cual consignar:	BANCO BBVA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		846044659	
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:	2214346/2021			**Nº Compromiso SIIF**	7221		
Valor Total del Contrato	$ 22.656.546	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 11.261.242	4	**Del**	01/05/2021	**Al**	31/05/2021	$ 4.021.872,00
Nuevo Saldo del Contrato	$ 7.239.370		Comisiones			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INS-TRUCTOR, PARA ORIENTAR PROCESOS DE FORMACIÓN EN EL ÁREA DE PSICOLOGÍA, QUE IM-PARTE EL CDATTG, EN EL DEPARTAMENTO DEL GUAVIARE Y SUR DEL META. SEGÚN RADICADO N. 9-2021-000268.

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.021.872	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	**$ 4.021.872**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.370.889**	**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	----------	9419062113
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.608.749	$ 1.608.749
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 201.100	$ 201.100
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 257.400	$ 257.400
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL	$ 8.400	$ 8.400
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	$ 402.187	
Salud hasta $ 580.928	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 790.296	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.370.889,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.563.372,00	
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 - 8299	0,00	0,000%
-	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	**$ 4.021.872,00**	

SON: CUATRO MILLONES VEINTIUNO MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y DOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Tecnólogo en gestión de talento humano:
Técnico atención integral a la primera infancia: complementario: elaboración de material didáctico para niños de la primera infancia
Técnico atención integral a la primera infancia: complementario: fortalecimiento de la educación inicial
Tecnólogo en gestión Documental
Técnico en control de seguridad Digital
Desarrollar los procesos del diseño curricular, de las competencias pertenecientes al programa de Gestión de Talento Humano.
planeación de cronogramas y programas a impartir formación, organización de guias y material de apoyo para la formación.

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.

CAROLINA BUITRAGO BEJARANO
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 periodo 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,

EDGAR AUGUSTO BRAGA SILVA
PROFESIONAL G02

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

LUZ PIEDAD ECHEVERRY QUICENO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

aportes en línea

Planilla Integrada

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1115066543		BUITRAGO BEJARANO CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 6 27b 48	SAN JOSE DEL GUAVIARE-GUAVIARE	1111111	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	994132176	9419062113	I	2021/05/12	2021/05/19	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	7	$475,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO									NOVEDADES																													
No.	Tipo id	No id	Nombre	Tipo Cotizante	Horas Laboradas	Extranjero	Temp. Ext.	Fecha Radicación en el Exterior	ing	Fecha ing	ret	Fecha ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	Fecha Inicio vsp	cor	vst	sln	Fecha Inicio sln	Fecha Fin sln	ige	Fecha Inicio ige	Fecha Fin ige	lma	Fecha Inicio lma	Fecha Fin lma	vac-lr	Fecha Inicio vac-lr	Fecha Fin vac-lr	avp	vc
1	CC	1115066543	BUITRAGO BEJARANO CAROLINA	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes	0	No	No																														

Total **Afiliados(1)**

2021/05/18 07:20 p.m.

							SALARIO			PENSION													SALUD					
t	Fecha Inicio vct	Fecha Fin vct	irl	Fecha Inicio irl	Fecha Fin irl	vip	Valor	Integral	Tipo de Salario	Administradora	Dias	IBC	Tarifa	Tarifa Alto Riesgo Pensión	Valor Cotización	Cotización Voluntaria Empleador	Cotización Voluntaria Afiliado	Fondo Solidaridad Pensional	Fondo Subsistencia	Valor No retenido	Total	AFP Destino	Administradora	Dias	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Valor UPC
							$ 1.608.800	No		PORVENIR	30	$ 1.608.800	16%	SIN RIESGO	$ 257.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 257.500		S.O.S. SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.	30	$ 1.608.800	12,5%	$ 201.100	$
																					$ 257.500						$ 201.100	

			CCF					RIESGOS						PARAFISCALES											
	Total	EPS Destino	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Clase Riesgo	Valor Cotización	Días	IBC	Tarifa SENA	Valor Cotización SENA	Tarifa ICBF	Valor Cotización ICBF	Tarifa ESAP	Valor Cotización ESAP	Tarifa MEN	Valor Cotización MEN	Exonerado SENA e ICBF
0	$ 201.100			0	$ 0	0%	$ 0	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	30	$ 1.608.800	1,044%	2	$ 16.800	0	$ 0	0%	$ 0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	No
	$ 201.100						$ 0						$ 16.800				$ 0		$ 0		$ 0		$ 0	

aportes en línea

Planilla Integrada

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1115066543		BUITRAGO BEJARANO CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 6 27b 48	SAN JOSE DEL GUAVIARE-GUAVIARE	1111111	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	994132176	9419062113	I	2021/05/12	2021/05/19	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	7	$475,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$257,500	$0	$0	$257,500
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$257,500	$0	$0	$257,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$16,800	$0	$0	$16,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$16,800	$0	$0	$16,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$201,100	$0	$0	$201,100
S.O.S. SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.	EPS018	805,001,157	2	1	$201,100	$0	$0	$201,100
TOTAL				1	$475,400	$0	$0	$475,400

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

San José del Guaviare, 19 de 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 contratista de prestación de servicios personales y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario y el artículo 1.2.4.1.18. del Decreto 1625 de 2016, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

T.I.	1112154836	MARIA PAULA OLAYA BUITRAGO	HIJO

NIT	1120582078	RAFAEL ALEJANDRO OLAYA BUITRAGO	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: CAROLINA BUITRAGO BEJARANO

C.C. 1115066543 De Buga Valle del Cauca.

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1112154836

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 43692993

43692993

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 01 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código V 2 F

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA VALLE DEL CAUCA GUADALAJARA DE BUGA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
OLAYA	BUITRAGO

Nombre(s): MARIA PAULA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2010 Mes ENERO Día 26	FEMENINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA VALLE DEL CAUCA GUADALAJARA DE BUGA. HOSPITAL SAN JOSE

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO	51884364-6

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: BUITRAGO BEJARANO CAROLINA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC# 1.115.066.543 DE BUGA	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: OLAYA MARTINEZ FEDERICO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC# 1.115.066.470 DE BUGA	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: BUITRAGO BEJARANO CAROLINA

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC# 1.115.066.543 DE BUGA	Carolina Buitrago

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

CLEH

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2010 Mes ENERO Día 28	Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Federico Olaya Martinez
Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Nombre y firma

LIBRO DE VARIOS # 6 FOLIO # 25

ESPACIO PARA NOTAS

TRÁMITES LEGALES

LA NOTARÍA PRIMERA DE BUGA VALLE
CERTIFICA

Que el presente registro civil es fiel y auténtica copia de su original que aparece en el libro
Indicativo serial 43692993
de esta Notaria, Decreto 1260/70 Art. 115.
Se expide hoy 10 NOV 2015
Doy fe,

MIGUEL ALFREDO LEDESMA CHAVARRO
Notario 1° de Guadalajara de Buga Valle

IMPRESO POR BARANDIO S.A. NIT. 860.013.774-5 10/2014

COPIA FIEL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1.120.882.078

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 51938630

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código X 2 R

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

REGISTRADURIA DE SAN JOSE DEL GUAVIARE - COLOMBIA - GUAVIARE - SAN J

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
OLAYA	BUITRAGO

Nombre(s)

RAFAEL ALEJANDRO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2016 Mes MAY Día 03	MASCULINO	A	POSITIVO

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

COLOMBIA GUAVIARE SAN JOSE DEL GUAVIARE

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	52701882-3

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

BUITRAGO BEJARANO CAROLINA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.115.066.543	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

OLAYA MARTINEZ FEDERICO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.115.066.470	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

OLAYA MARTINEZ FEDERICO

CC 1.115.066.470

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 2016 Mes MAY Día 05	JORGE MILLER VEGA DIAZ (E) REGI
	Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

51938630