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 - EMPRENDE RURAL
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	**Junio de 2021**
Versión	**JUNIO 2021 - 3,21**
ID de Proceso	**33115-854249**
No. de documento	**112901**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	DIANA ALEJANDRA SOLIS JIMENEZ	**C.C.**	1.061.700.619	**IP/Nº de contacto**	3217300006
Correo electrónico contratista:	dsolisj@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 ?**		SI	
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		26152924690	
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:	2358138/2021			**Nº Compromiso SIIF**		**31521**	
Valor Total del Contrato	$ 34.641.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 25.275.100	**4**	**Del**	**01/06/2021**	**Al**	**30/06/2021**	**$ 3.849.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 21.426.100		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	Prestar los servicios personales de carácter temporal, para orientar formación titulada presencial o virtual, en el programa SER, conforme a las necesidades del centro de comercio y servicios - SENA Regional Cauca. Para el área de: Producción de quesos y productos lácteos

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.849.000		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0,00%
			Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 3.849.000**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.268.900**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Junio	**Mayo**
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**1731273021**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.539.600	$ 1.539.600
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 192.500	$ 192.500
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 246.400	$ 246.400
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 16.100	$ 16.100
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	$ 384.900	
Salud hasta $ 580.928	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 756.300	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.268.900,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.410.100,00	
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	6.820,00	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	**$ 3.842.180,00**	

SON: TRES MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA Y DOS MIL CIENTO OCHENTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

ORIENTAR FORMACION EN EL MUNICIPIO DE ALMAGUER V.CAQUIONA FICHA 2300917 ASISTIR PROCESOS DE PRODUCCIÓN DE ALIMENTOS SEGÚN PROGRAMA DE PRODUCCIÓN. LOS DIAS 1,2,3,4 DE JUNIO (31horas). ORIENTAR FORMACION EN EL MUNICIPIO DE PIENDAMO FICHA 2307959. ASISTIR PROCESOS DE PRODUCCIÓN DE ALIMENTOS SEGÚN PROGRAMA DE PRODUCCIÓN. LOS DIAS 10,11,17,18,24 DE JUNIO (37 Horas). ORIENTAR FORMACION EN EL MUNICIPIO DE VILLA RICA FICHA 2319611 EVIDENCIAR EL PROCESO DE CREACIÓN DE LA UNIDAD PRODUCTIVA Y LA NEGOCIACIÓN DE BIENES O SERVICIOS. LOS DIAS 7,8,9,14,15,16,21,22,23,28,29,30 DE JUNIO(92 Horas) TOTAL HORAS 160

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.

DIANA ALEJANDRA SOLIS JIMENEZ
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,

ANA ALEXANDRA RODRIGUEZ VARGAS
INSTRUCTOR

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

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1061700619
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			DIANA ALEJANDRA SOLIS JIMENEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	POPAYAN	DEPARTAMENTO:	CAUCA
DIRECCIÓN:	CARRERA 7A # 26 - BN27	TELÉFONO:	8351390
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**1731273021**		TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	mayo AÑO	2021	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES mayo AÑO 2021
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2021/06/08		NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1014216152

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 246.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 246.400	$ 0	$ 246.400
SUBTOTALES:										**$ 246.400**	**$ 0**	**$ 246.400**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 192.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 192.500	$ 0	$ 0	$ 192.500
SUBTOTALES:													**$ 192.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 192.500**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 37.600	$ 37.600	$ 0	$ 0	$ 37.600
SUBTOTALES:									**$ 37.600**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 37.600**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																	SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES						
																										PENSIÓN									SALUD						ARP															
																												FSP		APORTES VOLUNTARIOS																									
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
																																																				ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1061700619	SOLIS JIMENEZ DIANA ALEJANDRA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.539.600				NO																	230301-PORVENIR	30	$ 1.539.600	$ 246.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 246.400	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.539.600	$ 192.500	$ 0	$ 192.500	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.539.600	106170061	$ 37.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 476.500**

Comprobante

de pago en línea

SOI ACH

Pago realizado por: DIANA ALEJANDRA SOLIS JIMENEZ

Nro. de recibo: 1731273021

Descripción del pago: Pago de la Planilla Integrada de Seguridad Social y Parafisacales

Identificación del contribuyente: 10.80.25.33

Concepto: CC

Razón Social: 1061700619

Fecha y hora de la transacción: Sábado 5 de Junio de 2021 12:54:20 PM

Nro. de comprobante: 0000005420

Valor pagado: $ 476,500.00

Cuenta: *******4690

Bancolombia S.A.

Comuníquese con nuestra Sucursal Telefónica Bancolombia: Bogotá 343 0000 - Medellín 510 9000 - Cali 554 0505 - Barranquilla 361 8888 - Cartagena 693 4400 - Bucaramanga 697 2525 - Pereira 340 1213 - El resto del país 01 800 09 12345 - Sucursales Telefónicas en el exterior: España 900 995 717 - Estados Unidos 1866 379 9714, en caso de recibir una alerta o notificación de una transacción que presenta alguna irregularidad.

Bancolombia nunca le solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com

CERTIFICADO DE DEPENDIENTES

Popayán 6 de abril de 2021

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (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 de juramento, en calidad de empleado contribuyente y en cumplimiento de los 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.	1059236998	LUNNA CAMILA HOYOS SOLIS	HIJA
R.C.	1059247714	THIAGO MATIAS HOYOS SOLIS	HIJO EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD

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 normativa 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.

Agradezco su grandiosa colaboración

Cordialmente,



Diana Alejandra Solis Jimenez
Contratista
c.c. 1061700619 de Popayán

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1059236998. ****

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 39381064

39381064

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 03 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** F 3 H

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía: COLOMBIA * CAUCA * POPAYAN. *****

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
HOYOS. ****	SOLIS. *****

Nombre(s): LUNNA CAMILA. ****

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2006 Mes marzo Día 09	FEMENINO. ****	******	********

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA * CAUCA * POPAYAN. CLINICA I.S.S POPAYAN. ****

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO. *.*.*.*.*.*.*.*.*.*.*.*.*.	NO. A6512755. ****

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: SOLIS JIMENEZ DIANA ALEJANDRA. ****

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1.061.700.619 DE POPAYAN, CAUCA. *.*.*.*.*.*	COLOMBIANO. *****

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: HOYOS COLLAZOS EDUAR HARVEY. ****

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 76.335.498 DE BOLIVAR, CAUCA. *.*.*.*.*.*.*	COLOMBIANO. ****

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: HOYOS COLLAZOS EDUAR HARVEY. *****

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 76.335.498 DE BOLIVAR, CAUCA. *.*.*	Edvar Hoyos Coz

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 2006 Mes marzo Día 14	Maria Nubia Chaves de Velasco.

Nombre y firma

REPUBLICA DE COLOMBIA Notaria 3ra del Circulo MARIA NUBIA CHAVES DE VELASCO POPAYAN - CAUCA

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1.059.247.714

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 55723611

55723611

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 03 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
HOYOS	SOLIS

Nombre(s)

THIAGO MATIAS

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2016 Mes FEB Día 25	MASCULINO	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	13241167-6

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

SOLIS JIMENEZ DIANA ALEJANDRA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CÉDULA DE CIUDADANÍA NO. 1.061.700.619	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

HOYOS COLLAZOS EDUAR HARVEY

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CÉDULA DE CIUDADANÍA NO. 76.335.498	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

HOYOS COLLAZOS EDUAR HARVEY

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CÉDULA DE CIUDADANÍA NO. 76.335.498	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

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

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CEDULA DE CIUDADANIA 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 2016 Mes FEB Día 29	MARIO OSWALDO ROSERO MERA Nombre y firma

REPUBLICA DE COLOMBIA
Mario Oswaldo Rosero Mera
Notario Tercero
POPAYAN - CAUCA

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

IMPRESO POR PANAMERICANA FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800.175.457-5 TEL. 430 2110


EPS Sanitas
THIAGO MATIAS HOYOS SOLIS
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN
RC 1059247714
NO. AFILIACIÓN
3320642
AFILIADO
VÁLIDO HASTA
VITALICIO
DISCAPACIDAD
SI