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 SANTANDER
CENTRO AGROTURISTICO - SANTANDER - 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	**68**
Código Centro	**954110**
Fecha Elaboración	**30 de Junio de 2021**
Versión	**JUNIO 2021 - 3,21**
ID de Proceso	**92246-638673**
No. de documento	**132002**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	MARIA FERNANDA BAEZ PORRAS	**C.C.**	37.899.021	**IP/Nº de contacto**	73959
Correo electrónico contratista:	mbaezp@sena.edu.co				

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	NO	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**		NO	
Banco al cual consignar:	BANCO CAJA SOCIAL	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		24527978084	
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:	2428801/2021			**Nº Compromiso SIIF**		**47521**	
Valor Total del Contrato	$ 24.400.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 19.800.000	**3**	**Del**	**01/06/2021**	**Al**	**30/06/2021**	**$ 3.000.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 16.800.000		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

Prestar los servicios personales como instructor para impartir formación titulada, complementaria y/o Virtualizacion en el área de Peluqueria en los diferentes programas que atiende el centro agroturistico regional santander

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.000.000		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	**$ 3.000.000**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.768.500**		**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	----------	**8613736548**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.200.000	$ 1.200.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 150.000	$ 150.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 192.000	$ 192.000
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 12.600	$ 12.600
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	$ 300.000	
Salud hasta $ 580.928	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 589.500	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	1.768.500,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	2.658.000,00	
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	0,600%
-	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	**$ 3.000.000,00**	

SON: TRES MILLONES PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ficha 2067695 TC EN PELUQUERIA Actividad de Aprendizaje: Cambiar el color del cabello de forma permanente y semipermanente según requerimiento del usuario, ficha diagnostica y manejo de técnica capilar. FECHAS 1 AL 11 JUNIO 48 HRS Actividad de Aprendizaje: Mezcla tintes, peróxidos, decolorantes y aclaradores, según requerimiento y ficha diagnostica y normas de salud ocupacional. FECHAS 15 AL 18 JUNIO 24 HRS Ficha 2324033 TC EN PELUQUERIA Actividad de Aprendizaje: Identifica los componentes y estructura de la formación profesio integral según el programa de formación y su perfil como aprendiz del Sena incorpora a su proyecto de vida las oportunidades ofrecidas por el sena FECHAS 1 al 4 JUNIO 24 HRS. Ficha 2165503-1 TC COSMETOLOGIA Y ESTETICA INTEGRAL Actividad de Aprendizaje: Identificar la necesidad del usuario en maquillaje y definir las características en función de la ocasión. FECHAS 15 AL 22 JUNIO 36 HRS Ficha 2165503-2 TC COSMETOLOGIA Y ESTETICA INTEGRAL FECHAS 23 AL 30 JUNIO 30 HRS ENTRENAMIENTO WSK MES DE JUNIO 20 HRS. TOTAL HORAS MES DE JUNIO 182 HRS NUMERO DE PLANILLA SEGURIDAD SOCIAL MES DE MAYO 8613736548

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.

MARIA FERNANDA BAEZ PORRAS
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,

MARIA LILIANA AGUAS SANCHEZ
INSTRUCTOR G10

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

TULIO ALEXANDER BAUTISTA RODRIGUEZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL :	MARIA FERNANDA BAEZ PORRAS
IDENTIFICACION:	CC-37899021
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2021-06-20
FECHA LIMITE DE PAGO:	2021-06-15
FECHA DE PAGO:	2021-06-15
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE OCCIDENTE
PERIODO PENSION:	2021-05
PERIODO SALUD:	2021-05
NUMERO PLANILLA:	8613736548
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8660063013
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	$ 1.200.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 150.000	$ 150.000
230201	800229739	PROTECCION	1	$ 1.200.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 192.000	$ 192.000
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 1.200.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 12.600	$ 12.600
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 354.600	$ 354.600

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	07/07/2021

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

San Gil, Junio 30 del 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:

NUIP - NIP	**1101624416**	**SARA VALENTINA CARRILLO BAEZ**	**HIJA**
NUIP- NIP	**1101263006**	**VALERY FERNANDA CARRILLO BAEZ**	**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: María Fernanda Báez Porras

C.C. 37899021 de San Gil

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP	1101624416

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 39365801

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
☐	X	02	☐	☐	☐	R 6 H

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

COLOMBIA - SANTANDER - SAN GIL (NOTARIA SEGUNDA)**********

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
CARRILLO**********	BAEZ**********

Nombre(s)

SARA VALENTINA**********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2013 Mes ENE Día 27	Femenino	O	Positivo

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

COLOMBIA - SANTANDER - SAN GIL **********

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	11645138-4**********

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

BAEZ PORRAS MARIA FERNANDA **********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO.37.899.021	COLOMBIANA**********

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

CARRILLO CARRILLO BERNARDO **********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 88.161.252	COLOMBIANO**********

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

CARRILLO CARRILLO BERNARDO **********

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 88.161.252	

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 2013 Mes ENE Día 30	NUBIA CRUZ SOLANO Nombre y firma

Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
Firma	Nombre y Firma

REPUBLICA DE COLOMBIA Dpto. de Santander Notaría 2 del Circulo SAN GIL

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1101263006

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 57542124

575421244

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** R 5 H

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

COLOMBIA - SANTANDER - SAN GIL NOTARIA 1 SAN GIL

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
CARRILLO	BAEZ

Nombre(s)

VALERY FERNANDA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2019 Mes OCT Día 12	FEMENINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA - SANTANDER - SAN GIL

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	15616518-1

Datos de madre o padre *(Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)*

Apellidos y nombres completos

BAEZ PORRAS MARIA FERNANDA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 37899021	COLOMBIA

Datos de padre o madre *(Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)*

Apellidos y nombres completos

CARRILLO CARRILLO BERNARDO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 88161252	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

CARRILLO CARRILLO BERNARDO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 88161252	

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 2019 Mes OCT Día 17	ANGELA YOLIMA SANCHEZ ACUÑA Nombre y firma

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -