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-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** | **68** |
| **Código Centro** | **954110** |
| **Fecha Elaboración** | **30 de Junio de 2021** |
| **Versión** | **JUNIO 2021 - 3,21** |
| **ID de Proceso** | **01718-682053** |
| **No. de documento** | **135210** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | TANIA ARACELY GOMEZ LOPEZ | **C.C.** | 28.091.016 | **IP/Nº de contacto** | 73876 |
| **Correo electrónico contratista:** | tgomezl@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** | SI | **Inducción SST** | SI | **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** | NO | | |
| **Banco al cual consignar:** | DAVIVIENDA | **Tipo de cta** | AHORROS | **Nº Cuenta** | 047900080012 | | |
| **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:** | 2335952/2021 | | | **Nº Compromiso SIIF** | **33421** | | |
| **Valor Total del Contrato** | $ 23.400.000 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 13.000.000 | **4** | **Del** | **01/06/2021** | **Al** | **30/06/2021** | **$ 3.900.000,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 9.100.000 | | Legalización comisiones del periodo | | | $ 0,00 | |

| | |
|---|---|
| **OBJETO CONTRACTUAL:** (Descripciòn del servicio prestado) | Prestar servicios personales de carácter temporal como instructor técnico y apoyo a la gestión del emprendimiento y/o la empleabilidad rural, en la modalidad presencial y/o a distancia, enmarcada en los lineamientos del programa SENA Emprende Rural SER. Artesanias. |

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 3.900.000 | | 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** | **$ 3.900.000** | | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 2.299.050** | | **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** | ---------- | **20484241** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 1.560.000 | $ 1.560.000 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 195.000 | $ 195.000 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 249.600 | $ 249.600 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 |
| ARL II | $ 16.300 | $ 16.300 |
| 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 | $ 390.000 | |
| Salud hasta $ 580.928 | $ - | |
| Renta Exenta 25% $ 8.713.920 | $ 766.350 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Valor Base retención en la fuente | 2.299.050,00 | TARIFA |
| Valor Base retención en la fuente ICA | 3.455.400,00 | |
| 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** | **$ 3.900.000,00** | |

**SON: TRES MILLONES NOVECIENTOS MIL PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ficha: 2305934.Programa:Emprendedor en elaboración de artesanías con tejido étnico.A.A: Controlar procesos en la elaboracion Aplicar t
Fechas: Lunes, Martes y jueves de 08:00 a 12:00 y 13:00 a 17:00 1,3,8,10,15,17,22,24,29 de junio de 2021. 72 HORAS
Ficha: 2334876 Programa:Emprendimiento en elaboración de accesorios artesanales. A.A: Alistar los materiales, herramientas e insumos. Aplicar téc artesanal en la elab. Fechas: mierc,vierysaba de 08:00a12:00y13:00 a 17:00.2,4,5,9,11,12,16,18,19,23,25,30 de JUNIO 21 96H
Ficha: 2355410 Programa:Emprendimiento en elaboración de accesorios artesanales.A.A: Identificar los recursos del entorno para el proc
Fechas: Lunes de 08:00 a 12:00 y 13:00 a 17:00, 28 de junio de 2021……. 8 horas
Ficha: 2359148 Programa:Emprendimiento en elaboración de accesorios artesanales.A.A: Identificar los recursos del entorno para el proc
Fechas: Sabado de 08:00 a 12:00 y 13:00 a 17:00, 26 de junio de 2021……. 8 horas
Formación Adicionaldelinstructor.Act: Desarrollo curricular.F.I*17-06-21.F.F:18-06-21.10 HORAS.Alistamiento a la ficha 2355410. t:194h

**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.

**TANIA ARACELY GOMEZ LOPEZ**
**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,

**OSCAR WILLIAM VERGARA ROMERO**
**INSTRUCTOR G14**

**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 : | TANIA ARACELY GOMEZ LOPEZ |
| IDENTIFICACION: | CC-28091016 |
| COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 00 |
| NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | TANIA |
| FECHA GENERACION REPORTE: | 2021-06-10 |
| FECHA LIMITE DE PAGO: | 2021-06-04 |
| FECHA DE PAGO: | 2021-06-10 |
| ENTIDAD DE PAGO: | BBVA COLOMBIA S.A. |
| PERIODO PENSION: | 2021-05 |
| PERIODO SALUD: | 2021-05 |
| NUMERO PLANILLA: | 20484241 |
| TOTAL COTIZANTES: | 1 |
| REFERENCIA DE PAGO (PIN): | 20484241 |
| 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 | $ 1.560.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 195.000 | $ 195.000 |
| 230301 | 800224808 | PORVENIR | 1 | $ 1.560.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 249.600 | $ 249.600 |
| 14-23 | 860011153 | POSITIVA | 1 | $ 1.560.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 16.300 | $ 16.300 |
| | | | | Total a pagar | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 460.900 | $ 460.900 |

PAGADO

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

*CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS*

San Gil, 30 de junio de 2021

Señores
**SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)**
San Gil

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:

| | | | |
|---|---|---|---|
| **R.C.** | **1099426245** | **ASLHEY LUCIANNA MEJIA GOMEZ** | **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: TANIA ARACELLY GOMEZ LOPEZ

C.C.: 28.091.016

**REPÚBLICA DE COLOMBIA**

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

**NUIP** 1099426245

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

**Indicativo Serial** 55019103

*55019103*

**Datos de la oficina de registro - Clase de oficina**

Registraduria [ ] Notaria [X] Número 01 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** Q Y D

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

COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA

**Datos del inscrito**

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| MEJIA ********** | GOMEZ ********** |

**Nombre(s)**

ASLHEY LUCIANNA **********

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2014 Mes NOV Día 01 | Femenino | B | 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 DE NACIDO VIVO | 12891522-9 |

**Datos de la madre**

**Apellidos y nombres completos**

GOMEZ LOPEZ TANIA ARACELY

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO.28.091.016 | COLOMBIANA |

**Datos del padre**

**Apellidos y nombres completos**

MEJIA PAREDES JONATHAN ANDRES

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 1.100.956.799 | COLOMBIANO |

**Datos del declarante**

**Apellidos y nombres completos**

MEJIA PAREDES JONATHAN ANDRES

| Documento de Identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 1.100.956.799 | |

**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 2014 Mes NOV Día 05 | DIEGO ALFONSO RUEDA GOMEZ<br>Nombre y firma |

REPUBLICA DE COLOMBIA DPTO. DE SANTANDER NOTARIA 1ra DEL CIRCULO BUCARAMANGA

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -