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 VALLE**
**CENTRO DE BIOTECNOLOGIA INDUSTRIAL-VALLE - 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** | **76** |
| **Código Centro** | **954410** |
| **Fecha Elaboración** | **Julio de 2021** |
| **Versión** | **JUNIO 2021 - 3,21** |
| **ID de Proceso** | **89430-983311** |
| **No. de documento** | **144625** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | ANGELA MARCELA HOYOS MURCIA | **C.C.** | 29.683.035 | **IP/Nº de contacto** | 3182235085 |
| **Correo electrónico contratista:** | amhoyosm@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 ?** | | SI | |
| **Banco al cual consignar:** | DAVIVIENDA | **Tipo de cta** | AHORROS | **Nº Cuenta** | | 12370032000 | |
| **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:** | 2233734/2021 | | | **Nº Compromiso SIIF** | | **19321** | |
| **Valor Total del Contrato** | $ 33.372.000 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 18.540.000 | **5** | **Del** | **01/07/2021** | **Al** | **31/07/2021** | **$ 3.708.000,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 14.832.000 | | Legalización comisiones del periodo | | | $ 0,00 | |

**OBJETO CONTRACTUAL:**
(Descripciòn del servicio prestado)

Prestar servicios profesionales de carácter temporal como instructor técnico y apoyo a la gestión del emprendimiento y/o la empleabilidad rural a la red Agrícola del área temática de Agricultura, en la modalidad presencial y/o a distancia, enmarcada en los lineamientos del programa SENA Emprende Rural SER.

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 3.708.000 | | 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** | **$ 3.708.000** | | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 2.185.800** | | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

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

| | **Julio** | **Junio** |
|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | ---------- | **1038875356** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 1.483.200 | $ 1.483.200 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 185.400 | $ 185.400 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 237.400 | $ 237.400 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 |
| ARL II | $ 15.500 | $ 15.500 |
| 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 | $ 370.800 | |
| Salud hasta $ 580.928 | $ - | |
| Renta Exenta 25% $ 8.713.920 | $ 728.600 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Valor Base retención en la fuente | 2.185.800,00 | TARIFA |
| Valor Base retención en la fuente ICA | 3.285.200,00 | |
| 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 | |
| Pro-UCEVA | 18.540,00 | 0,500% |
| Universidad del Pacífico | 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** | **$ 3.689.460,00** | |

**SON: TRES MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS SESENTA PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Entrega de actividades contractuales correspondientes al mes julio de 2021
Planilla de pago Simple 1038875356 correspondiente al mes de julio
Se compartió en el DRIVE las evidencias realizadas correspondientes al mes de julio
Alistamiento y participación de encuentros virtuales sincrónicos de las fichas:292004,2292010,2303136
Alistamiento y Entrega del material de apoyo por medio de las herramientas TIC y en físico a las fichas 292004,2289304,2292010
Alistamiento y Entrega del material de apoyo por medio de las herramientas TIC en el marco del plan de contingencia ficha 2303136
Se participo en el encuentro presencial de la ficha : 2289304, 2292004, 2292010
Se realizó socialización de los cursos asignados para segundo semestre
Asistencia a Reunión con el Equipo del Programa SER en CBI 5 y 12 de Julio

**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.

**ANGELA MARCELA HOYOS MURCIA**
**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,

**PEDRO NEL BERMUDEZ DURANGO**
**INSTRUCTOR G20**

**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**

**JOHNNATAN ANDRES FIGUEROA HIDALGO**
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02**

# PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

**Fecha creación reporte** 2021-07-06, 04:15:32 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1038875356

**Periodo Cotización** 202106 **Periodo Servicio** 202106

**Cliente:**

## PAGADA 2021-07-06

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Razón Social** | ANGELA MARCELA HOYOS MURCIA | | | | |
| **Documento** | CC 29683035 | **Dirección** | CL 40 #39 A - 35 | | |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3182235085 | | |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO | **Total Afiliados** | 1 |
| **Ciudad** | PALMIRA | **Departamento** | VALLE DEL CAUCA | | |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | | | |

### II. DATOS DEL AFILIADO

| Documento | CC 29683035 | | Residente | | Exonerado | N | Apellidos y Nombres | Código Ciudad - Departamento | Centro de Trabajo | Ubicación Laboral |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo Cotizante | 59 | 00 | | | | | HOYOS MURCIA ANGELA MARCELA | 76520000 - 76 | | VALLE DEL CAUCA |

### III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

| Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Extranjero | Tipo salario | Salario | Pensión | | | | | | Salud | | | | | | Riesgos | | | | | Caja | | | | Parafiscales | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ING | RET | TDA | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días IRP | Días SLN | Días IGE | Días LMA | Días VAC | | | | | | | | | | | | Código AFP | Código Traslado AFP | Tarifa AFP | IBC | Total Aporte AFP | Total Aporte FSP | Total Aporte FSPS | Código EPS | Código Tras. EPS | Tarifa EPS | IBC EPS | Aporte Salud | Aporte UPC | Código ARL | Clase Riesgo | Tarifa ARL | IBC ARL | Aporte Riesgos | Código CCF | Tarifa CCF | IBC CCF | Aporte Caja | Tarifa SENA | Aporte SENA | Tarifa ICBF | Aporte ICBF |
| | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 0 | | | | | | | | | | | | 25-14 | | 16 % | $ 1.440.000 | $ 230.400 | $ 0 | $ 0 | EPS005 | | 12,5 % | $ 1.440.000 | $ 180.000 | $ 0 | 14-25 | 2 | 1,044 % | $ 1.440.000 | $ 15.100 | NIN-CC | 0 % | $ 0 | $ 0 | 0 % | $ 0 | 0 % | $ 0 |

### IV.TOTALES

| Total Aportes Pensión | Total Aportes FSP | Total Aportes FSPS | Total Aportes Salud | Total Aportes Riesgos | Total Aportes Cajas | Total Aportes SENA | Total Aportes ICBF | Total Aportes ESAP | Total Aportes MEN | Total Final |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| COLPENSIONES | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | EPS SANITAS | POSITIVA DE SEGUROS | NINGUNA CCF | SENA | ICBF | ESAP | MEN | |
| $ 230.400 | $ 0 | $ 0 | $ 180.000 | $ 15.100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 425.500 |



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 -
¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

## Transacción Aprobada

Su planilla ha sido enviada y pagada con éxito. Por favor imprima este comprobante como soporte del envío y pago de su planilla.

Simple

| Información de la Planilla Pagada | |
|---|---|
| Nit de comercio Operador de Información | 900097333-9 |
| Razón Social del Operador de Información | SIMPLE S.A. |
| Descripción | Pago de SuAporte |
| Fecha | 2021-07-06, 04:12:08 PM |
| Periodo de Cotización Otros Riesgos | junio de 2021 |
| Periodo de Cotización Para Salud | junio de 2021 |
| Empresa | ANGELA MARCELA HOYOS MURCIA |
| CEDULA CIUDADANIA | CC 29683035 |
| Código Sucursal (Nombre) | ( ) |
| Referencia de Pago/ Número Planilla | 1038875356 |
| Tipo de Planilla | I |
| Número Transacción Bancaria/ CUS | 1049959630 |
| Banco | (1051) - BANCO DAVIVIENDA |
| Valor | $ 425.500 |
| Estado de la Transacción | Aprobada |
| Dirección IP de Origen | www.simple.co |

| Nit | Código | Administradora | Número Afiliados | Valor sin Mora | Total Intereses Mora |
|---|---|---|---|---|---|
| N900336004 | 25-14 | COLPENSIONES | 1 | $ 230.400 | $ 0 |
| N800251440 | EPS005 | ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A. | 1 | $ 180.000 | $ 0 |
| N860011153 | 14-23 | ARP - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS | 1 | $ 15.100 | $ 0 |
| | | | | | |
| | | | SubTotales: | $ 425.500 | $ 0 |
| | | | Total a Pagar: | | $ 425.500 |

*CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS*

Bogotá, julio 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.** | **1107863240** | **ESTEBAN IDARRAGA HOYOS** | **HIJO** |
| **T.I.** | **1113978029** | **NICOLE IDARRAGA HOYOS** | **HIJO** |

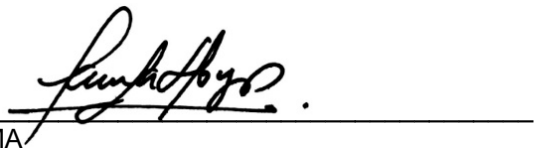
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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: ANGELA MARCELA HOYOS M.

C.C. 29683035 de Palmira

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO **1.107.863.240**

**IDARRAGA HOYOS**

APELLIDOS

**ESTEBAN**

NOMBRES

Esteban Idarraga

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **26-FEB-2011**

**CALI**
**(VALLE)**
LUGAR DE NACIMIENTO

**26-FEB-2029**
FECHA DE VENCIMIENTO

**O+**
G S RH

**M**
SEXO

**11-ABR-2018 PALMIRA**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

P-3107900-01014009-M-1107863240-20180615 **0061551142A 2** 50745251

CS Escaneado con CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.113.978.029**

**IDARRAGA HOYOS**

APELLIDOS

**NICOLE**

NOMBRES

Nicole Idarraga Hoyos

FIRMA



CS Escaneado con CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **10-DIC-2003**

**PALMIRA**
**(VALLE)**
LUGAR DE NACIMIENTO

**10-DIC-2021**
FECHA DE VENCIMIENTO

**O+**
G S RH

**F**
SEXO

**04-ENE-2018 PALMIRA**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-3107900-00987089-F-1113978029-20180316 **0060**095634A 1 2934771908

CS Escaneado con CamScanner

El servicio público es de todos

Función Pública

INTEGRIDAD PÚBLICA

# Función Pública hace constar que:

## ANGELA MARCELA HOYOS MURCIA

C.C 29.683.035

Participó y completó con éxito el curso virtual:

**Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción.**

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 11 de junio 2021

**Adriana Vargas Tamayo**

Directora de Participación, Transparencia y Servicio al Ciudadano de la Función Pública

Código: 761108438000