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 - 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	**19**
Código Centro	**930710**
Fecha Elaboración	**Julio de 2021**
Versión	**JUNIO 2021 - 3,21**
ID de Proceso	**96174-336304**
No. de documento	**156064**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	JENNY EMILCE ORDOÑEZ MUÑOZ	**C.C.**	1.085.289.573	**IP/Nº de contacto**	3128540597
Correo electrónico contratista:	jeordonezm@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 ?**	NO		
Banco al cual consignar:	BANCO CAJA SOCIAL	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**	24070156876		
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:	2371471/2021			**Nº Compromiso SIIF**	**34221**		
Valor Total del Contrato	$ 31.122.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 19.539.000	**5**	**Del**	**01/07/2021**	**Al**	**31/07/2021**	**$ 3.510.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 16.029.000		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	Prestar los servicios personales de carácter temporal, para orientar formación profesional integral de manera virtual a distancia, en el programa de titulada virtual, conforme a las necesidades del centro de comercio y servicios - SENA Regional Cauca. Para el área de: Ingles y frances

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.510.000	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	**$ 3.510.000**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.069.100**	**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	----------	**4394708370**	Valor Base retención en la fuente	2.069.100,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.404.000	$ 1.404.000	Valor Base retención en la fuente ICA	3.109.800,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 175.500	$ 175.500	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 224.700	$ 224.700	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL I	$ 7.400	$ 7.400	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 300	6.220,00	0,200%
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -		-	0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.522.064	$ -		-	0,00	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.630.800	$ -		-	0,00	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta $ 1.161.856	$ 351.000		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 580.928	$ -				
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 689.700		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	**$ 3.503.780,00**	

SON: TRES MILLONES QUINIENTOS TRES MIL SETECIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Orientar formación profesional integral en titulada y/o complementaria presencial y/o virtual en las áreas trasversales en las fichas . 2348295, 2348503, 2282211, 2281662, 2282219, 2282277, 2282335, 2104765, 2104766, 2176012, 2176013, 2146417, 2069169, 2237909. Competencias: comprender; Comunicarse en tareas sencillas, Encontrar información específica y predecible. Producir; Buscar de manera sistemática información específica y detallada, Reproducir en inglés frases o enunciados simples. (9,9,15,15,18,18,18,5,5,10,10,12,12, 12,hrs Respectivamente) OBLIGACIONES: Publicación y ejecución de actividades según calendario en el aplicativo sofiaplus. Garantizar el pago oportuno de la seguridad social de cada mes para que este se vea reflejado en la base de datos del FOSYGA Entregar informes académicos que contengan: juicios evaluativos, novedades de los aprendices Registrar los resultados de la emisión de juicios de evaluación relacionados con los logros de los resultados de aprendizaje Descargar el aplicativo Sofiaplus las horas repo reportadas mensualmente Desde el 1 de Julio de 2021: Según Reporte Sofiaplus

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.

JENNY EMILCE ORDOÑEZ MUÑOZ
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,

HAROL ARMANDO ROSERO SALAZAR
COORDINADOR ACADÉMICO

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:	1085289573
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JENNY EMILCE ORDONEZ MUNOZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	POPAYAN	DEPARTAMENTO:	CAUCA
DIRECCIÓN:	CR 6 A # 7 N -29 BELALCAZAR	TELÉFONO:	1111111
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:		**4394708370**		TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	junio	AÑO 2021	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	junio	AÑO 2021
DÍAS DE MORA:		0					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2021/07/13		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9995920135	

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
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 224.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 224.700	$ 0	$ 224.700
SUBTOTALES:										**$ 224.700**	**$ 0**	**$ 224.700**

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
ESSC18	ESSC18 - EMSSANAR S.A.S.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 175.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 175.500	$ 0	$ 0	$ 175.500
SUBTOTALES:													**$ 175.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 175.500**

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	$ 7.400	$ 7.400	$ 0	$ 0	$ 7.400
SUBTOTALES:									**$ 7.400**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 7.400**

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 1085289573	ORDOÑEZ MUÑOZ JENNY EMILCE	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.404.000				NO																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.404.000	$ 224.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 224.700	ESSC18 - EMSSANAR S.A.S.	30	$ 1.404.000	$ 175.500	$ 0	$ 175.500	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.404.000	108528957	$ 7.400		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 407.600**

EMPRESA: EFECTIVO LTDA.
NIT.830.131.993-1
Calle 96 No. 12-55 Bogota

ORDEN DE SERVICIO

No OS: 9073939072 DV: 721105

Cajero: OSEDARHE

Cliente beneficiario:
110263 PILA RECAUDO

Fecha: 13/07/2021 11:50:47

PS Recaudador:
910816 LA VILLA POPAYAN

Cantidad cupones: 1

Identificacion: 1085289573

Nombre:	YENY
Apellido 1:	ORDOÑEZ
Apellido 2:	MUÑOZ
TIPO DOCUMENTO:	CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO:	3128540597
Codigo Planilla:	4394708370
Periodo Pago:	2021/06
Valor Comision:	0
Valor Iva Comision:	0

Referencia	Valor
1085289573	$407.600,00

Valor recibido: $407.600,00
Forma de pago: EFECTIVO

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Con la solicitud y aceptacion de mi parte, de la prestacion de este servicio, entiendase que manifiesto verbalmente mi autorizacion para el tratamiento de los datos personales que voluntariamente he entregado a Efectivo Ltda., Estos datos pueden ser utilizados unica y exclusivamente para la prestacion del servicio convenido.
Linea de servicio al cliente: (1) 6510101
servicioalcliente@efecty.com.co
www.efecty.com.co

Popayán, 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 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	**1059251016**	**LAURA ISABELLA PEREZ ORDOÑEZ**	**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: JENNY EMILCE ORDOÑEZ MUÑOZ

C.C. 1085289573

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1059251016

Indicativo Serial 58237084

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
	X					F 3 H

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

COLOMBIA - CAUCA - POPAYAN NOTARIA 3 POPAYAN

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
PEREZ	ORDOÑEZ

Nombre(s)

LAURA ISABELLA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2020 Mes JUL Día 09	FEMENINO	A	POSITIVO

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

COLOMBIA - CAUCA - POPAYAN

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	159375140

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

ORDOÑEZ MUÑOZ JENNY EMILCE

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1085289573	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

PEREZ MEJIA CESAR EDUARDO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1113646822	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

PEREZ MEJIA CESAR EDUARDO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 1113646822	Cesar Eduardo Perez

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 2020 Mes JUL Día 13	LINEY MAGNOLIA COLLAZOS FERNANDEZ Nombre y firma

LINEY MAGNOLIA COLLAZOS FERNANDEZ

REGISTRADORA COLLAZOS FERNANDEZ LINEY MAGNOLIA
Registradora Municipal
POPAYAN CAUCA

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Impr. por DITAR S.A. PBX (5) 3319001 Diseño para IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1059251016

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 58237084

58237084

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código	F	3	H
	X								

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

COLOMBIA - CAUCA - POPAYAN NOTARIA 3 POPAYAN * * * * * * * * * * * * * * *

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
PEREZ * * * * * * * * * * * * * *	ORDOÑEZ * * * * * * * * * * * * * * * *

Nombre(s)

LAURA ISABELLA *

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2020 Mes JUL Día 09	FEMENINO	A	POSITIVO

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

COLOMBIA - CAUCA - POPAYAN *

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO * * * * * * * *	159375140 * * * *

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

Apellidos y nombres completos

ORDOÑEZ MUÑOZ JENNY EMILCE *

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1085289573 * * * * * * * * * * * * * * * * * *	COLOMBIA * * * * * *

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

Apellidos y nombres completos

PEREZ MEJIA CESAR EDUARDO *

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1113646822 * * * * * * * * * * * * * * * * * *	COLOMBIA * * * * * *

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

PEREZ MEJIA CESAR EDUARDO *

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 1113646822 * * * * * * * * * * * * * * * * * *	César Eduardo Perez

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 2020 Mes JUL Día 13	LINEY MAGNOLIA COLLAZOS FERNANDEZ Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
César Eduardo Perez Firma	LINEY MAGNOLIA COLLAZOS FERNANDEZ Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

OTRO:L.V. TOMO 50 FOLIO 125;13/07/2020

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Ley 1581/2012 y Dec. 1377/2013 - Prohibida su comercialización por parte de terceros - IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA