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 TOLIMA
DESPACHO REGIONAL-EMPRENDIMIENTO
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	**73**
Código Centro	**101073**
Fecha Elaboración	**Julio de 2021**
Versión	**JUNIO 2021 - 3,21**
ID de Proceso	**32210-876600**
No. de documento	**139535**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	EMILCE BARBOSA LUZ	**C.C.**	28.902.148	**IP/Nº de contacto**	325
Correo electrónico contratista:	lebarbosa@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 COOMEVA S.A.	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		130101029001	
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:	2218314/2021			**Nº Compromiso SIIF**		**5021**	
Valor Total del Contrato	$ 48.723.120	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 31.579.800	**5**	**Del**	**01/06/2021**	**Al**	**30/06/2021**	**$ 4.511.400,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 27.068.400		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

SERVICIOS PERSONALES INDIRECTOS: CO1.PCCNTR.2218314, PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LOS USUARIOS DE LOS CENTROS DE DESARROLLO EMPRESARIAL Y LA GESTIÓN DE PROYECTOS ESPECIALES, A LA REGIONAL, DE ACUERDO LOS LINEAMIE

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.511.400		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	**$ 4.511.400**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.997.750**		**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	----------	**9420232713**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.804.560	$ 1.804.560
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 225.600	$ 225.600
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 288.800	$ 288.800
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 9.500	$ 9.500
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	$ -	
Salud hasta $ 580.928	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 999.250	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.997.750,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.997.000,00	
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 - 7010	13.990,00	0,350%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Bomberos	839,00	6,000%
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	**$ 4.496.571,00**	

SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS SETENTA Y UN PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Gestionar las acciones requeridas para el cumplimiento de los Lineamientos Estratégicos, objetivos y metas establecidos por la Coordi
Diseñar, gestionar y hacer seguimiento al plan de Acción individual formulado con base en los Lineamientos entregados por la Coordina
Cumplir las metas asignadas estableciendo las acciones requeridas para lograr su ejecución
Registrar de manera confiable, oportuna y con calidad la información referente al desarrollo de sus servicios en las plataformas tec
Participar en las jornadas de divulgación y orientación para el fomento de la cultura del emprendimiento atendiendo los lineamientos e
Asesorar a los emprendedores en las diferentes etapas establecidas para la creación de empresas tales como: orientación, entrenamiento
Realizar acompañamiento y seguimiento, en la puesta en marcha de las empresas creadas con recursos del Fondo Emprender u otras fuente
Acompañar a los Clientes del Centro de Desarrollo Empresarial SENA que lo requieran en sus procesos de Fortalecimiento Empresarial b
Dar cumplimiento a los lineamientos emitidos por la Coordinación Nacional y Regional en lo que respecta al uso eficiente en el proces

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.

EMILCE BARBOSA LUZ
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,

MARIANA ANDREA CASTRILLON MEDINA
PROFESIONAL G02

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

ALVARO IVAN BARRERO BUITRAGO
DIRECTOR REGIONAL

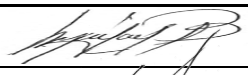
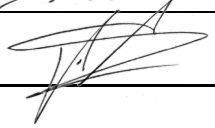
AGENDA DESPLAZAMIENTO CONTRATISTA

DATOS DEL CONTRATISTA QUE SE DESPLAZA								
NOMBRES Y APELLIDOS					**IDENTIFICACIÓN:**			
LUZ EMILCE BARBOSA					**Tipo:**	**C.C.**	**No.**	28.902.148
CONTRATO	**No.**	**2218314**	**AÑO**	2021	**FECHA VENCIMIENTO DEL CONTRATO**	31	12	2021
OBJETO CONTRACTUAL:	Prestación de servicios profesionales para la atención integral de los usuarios de los Centros de Desarrollo Empresarial y la gestión de proyectos especiales, a la regional, de acuerdo los lineamientos emitidos por el SENA. con el fin de contribuir al cumplimiento de las metas e indicadores asignados.							
DIRECCIÓN GENERAL/ REGIONAL	TOLIMA				**DEPENDENCIA/ CENTRO**	**Despacho Dirección**		
NOMBRE DEL ORDENADOR DEL GASTO (de la Movilización)	ALVARO IVAN BARRERO BUITRAGO				**CARGO**	DIRECTOR REGIONAL		
NOMBRE DEL SUPERVISOR(A) DEL CONTRATO	MARIANA ANDREA CASTRILLÓN				**CARGO**	PROFESIONAL G2		

INFORMACIÓN DEL DESPLAZAMIENTO								
RUTA	**IBAGUÉ - ALVARADO- IBAGUÉ**							
DIRECCIÓN GENERAL/ REGIONAL					**DEPENDENCIA/ CENTRO**			
CIUDAD/DEPARTAMENTO O MUNICIPIO/DEPARTAMENTO O CIUDAD/PAIS	ALVARADO			**ENTIDAD O EMPRESA:**	ALCALDIA MUNICIPAL DE ALVARADO		**CONTACTO**	Alexandra Ariza Rodriguez Secretaria de Desarrollo Social y Comunitario
FECHA INICIO DEL DESPLAZAMIENTO	26	6	21	**FECHA FIN DESPLAZAMIENTO**		26	6	21
OBJETIVO DEL DESPLAZAMIENTO	Participar de manera presencial en representacion del SENA Regional Tolima, en la feria de emprendimiento y comercio "Alvarado un Hogar Para la Vida".							

	OBLIGACIONES DEL CONTRATO		**PRODUCTO (S):**
1	Gestionar las acciones requeridas para el cumplimiento de los Lineamientos Estratégicos, objetivos y metas establecidos por la Coordinación Nacional de Emprendimiento, según la planeación regional y del Centro de Desarrollo Empresarial, para los programas de Emprendimiento.	1	Informe de desplazamiento - Registro fotografico
2	Diseñar, gestionar y hacer seguimiento al plan de Acción individual formulado con base en los Lineamientos entregados por la Coordinación	2	Informe de desplazamiento - Registro fotografico
3	Cumplir las metas asignadas estableciendo las acciones requeridas para lograr su ejecución	3	Informe de desplazamiento - Registro fotografico
6	Asesorar a los emprendedores en las diferentes etapas establecidas para la creación de empresas tales como: orientación, entrenamientos, ideación y validación temprana, formulación de planes de negocio, con recursos del Fondo Emprender y/o otras fuentes de financiación.	4	Informe de desplazamiento - Registro fotografico
		5	

AGENDA			
ACTIVIDADES	**FECHA**		
Desplazamiento de la ciudad de Ibagué al municipio de Alvarado	26	6	21
Orientacion para ofrecer los servicios del Centro de Desarrollo Empresarial y Fondo Emprender.	26	6	21
Desplazamiento del municipio de Alvarado a la ciudad de Ibagué	26	6	21

FIRMAS					
FIRMA DEL CONTRATISTA:		**FECHA DE ELABORACIÓN DEL FORMATO:**	16	6	21
FIRMA Vo/Bo. ORDENADOR DEL GASTO		**FIRMA Vo/Bo. SUPERVISOR DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**			

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 28902148		BARBOSA LUZ EMILCE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 93 7 sur - 90 apt 208	IBAGUE-TOLIMA	2622919	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2021-05	2021-05	41666908	9420232713	I	2021/06/11	2021/07/19	BANCO DE OCCIDENTE	35	$523,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,804,560	$288,800			$1,804,560	$225,600			$0	$0			$1,804,560	$9,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,804,560	$288,800			$1,804,560	$225,600			$0	$0			$1,804,560	$9,500		$0	$0
Ciudad: IBAGUE Depto: TOLIMA (1 Afiliados)					$1,804,560	$288,800			$1,804,560	$225,600			$0	$0			$1,804,560	$9,500		$0	$0
1	CC 28902148	BARBOSA LUZ	230301	30	$1,804,560	$288,800	EPS002	30	$1,804,560	$225,600		0	$0	$0	14-23	30	$1,804,560	$9,500	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,804,560	$288,800			$1,804,560	$225,600			$0	$0			$1,804,560	$9,500		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 28902148		BARBOSA LUZ EMILCE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 93 7 sur - 90 apt 208	IBAGUE-TOLIMA	2622919	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2021-05	2021-05	41666908	9420232713	I	2021/06/11	2021/07/19	BANCO DE OCCIDENTE	35	$523,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)								
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$288,800	$0	$0	$288,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)								
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$9,500	$0	$0	$9,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)								
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$225,600	$0	$0	$225,600
TOTAL				1	$523,900	$0	$0	$523,900