

 <p>DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES) REGIONAL META CENTRO AGROINDUSTRIAL DEL META-EMPRENDE RURAL Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1 Resolución DIAN N° 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)</p>	Código Regional	50
	Código Centro	911710
	Fecha Elaboración	Julio de 2021
	Versión	JUNIO 2021 - 3,21
	ID de Proceso	69411-955778
	No. de documento	155228

DATOS DEL CONTRATISTA			
Nombres y apellidos contratista:	CATALINA OCHOA PEREZ	C.C.	52.817.415
Correo electrónico contratista:	cochoap@sena.edu.co	IP/N° de contacto	3168742627
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 ?	☐ SI
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA	Tipo de cta	AHORROS
		N° Cuenta	84414422399
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

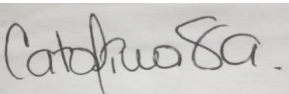
DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO			
N° del contrato:	2305230/2021	N° Compromiso SIIF	22821
Valor Total del Contrato	\$ 36.465.162	N ° Pago	6
Saldo Anterior del Contrato	\$ 21.052.052	Periodo objeto de pago	Del 01/07/2021 Al 31/07/2021
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 17.292.757	Legalización comisiones del periodo	\$ 0,00
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	Prestar servicios profesionales de carácter temporal como instructor técnico y apoyo a la gestión del emprendimiento y/o la empleabilidad rural o instructor de emprendimiento y apoyo a la gestión del emprendimiento rural 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	\$ 3.759.295	Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°	0,00%
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 3.759.295	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 1.903.999	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR			
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	Julio	Junio	
	-----	9421207933	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.503.718	\$ 1.503.718	Valor Base retención en la fuente 1.903.999,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 188.000	\$ 188.000	Valor Base retención en la fuente ICA 3.330.695,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 240.600	\$ 240.600	Valor base IVA 0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00
ARL II	\$ 15.700	\$ 15.700	Menos Retención en la Fuente 0,00
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ 233.600		Menos Retención IVA 0,00
Aportes voluntarios a cuentas AFC	\$ -		Reteica - 8299 13.323,00
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	\$ -		0,00
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		0,00
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		0,00
Dependientes hasta \$ 1.161.856	\$ 375.930		0,00
Salud hasta \$ 580.928	\$ 182.500		0,00
Renta Exenta 25% \$ 8.713.920	\$ 634.666		0,00
Retención en la Fuente Contingente	\$ -		0,00
			VALOR A PAGAR \$ 3.745.972,00

SON: TRES MILLONES SETECIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS SETENTA Y DOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO	
formación ficha 2374977 Producción agropecuaria ecológica para la soberanía alimentaria etapa de analisis y planeación horas 15	
Formación Ficha 2352156 Recuperación de recursos agropecuarios locales para programas de soberanía alimentaria y seguridad alimetaria en contextos interculturales Acacias Meta etapa de análisis horas:48	
Formación Ficha 2318605 Cabuyaro Producción agropecuaria ecológica para la soberanía alimentaria horas:45 y trabajo de desarrollo curricular de la ficha 2358103, proyecto, planeación, guías otras actividades 10	
Formación Ficha 2297091 Emprendedor en buenas prácticas ganaderas en producción lechera de Cumaral Meta Cumaral horas: 32	
formación ficha 2358103 Producción agropecuaria ecológica para la soberanía alimentaria horas 25 horas	
total horas de formación 166	

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.	 CATALINA OCHOA PEREZ 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, RAFAEL ANGEL AGUILERA MARTINEZ 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

BELISARIO GOMEZ PERDOMO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52817415		OCHOA PEREZ CATALINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	AMARILO PASALLANO TORRE 12 APTO 102	VILLAVICENCIO-META	2529361	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Período		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Valor
2021-06	2021-06	32466716	9421207933	I	2021/07/07	2021/07/19	BANCO DE OCCIDENTE	\$466,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																			
EMPLEADO					PENSION					SALUD					CCF				
No.	Identificación	Nombres	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Días
1	CC 52817415	OCHOA PEREZ CATALINA	230201	30	\$1,503,718	\$240,600	EPS005	30	\$1,503,718	\$188,000	CCF34	30	\$1,503,718	\$30,100	14-23	30	\$1,503,718	\$7,900	30
Total Afiliados (1)					\$1,503,718	\$240,600			\$1,503,718	\$188,000			\$1,503,718	\$30,100			\$1,503,718	\$7,900	\$0

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$240,600	\$0	\$0	\$240,600
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$240,600	\$0	\$0	\$240,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$7,900	\$0	\$0	\$7,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$7,900	\$0	\$0	\$7,900
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$30,100	\$0	\$0	\$30,100
COFREM	CCF34	892,000,146	3	1	\$30,100	\$0	\$0	\$30,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$188,000	\$0	\$0	\$188,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$188,000	\$0	\$0	\$188,000
TOTAL				1	\$466,600	\$0	\$0	\$466,600

Villavicencio, **Mayo** 2021

Señores

Grupo de Apoyo Administrativo Mixto – Regional Meta

Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

Ciudad

Asunto: Solicitud deducible retención en la fuente por dependientes.

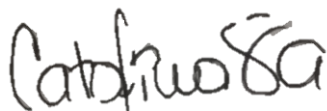
Estimados señores:

Con la presente solicito que de acuerdo con el Artículo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el Artículo 2º. Párrafo 3ro. del Decreto 099 del 2013, se tenga en cuenta como deducible de mis ingresos brutos provenientes de la relación laboral por el concepto de dependientes, los cuales relaciono a continuación:

Apellidos y Nombre	Documento Identidad	Calidad del Dependiente:
Matias Villamil Ochoa	TI: 1122933075	Es mi hijo menor de 18 años de edad, según consta en el registro civil de nacimiento, el cual se adjunta.

Certifico bajo la gravedad de juramento la información consignada en esta solicitud y me comprometo a enviar solicitud de revocación de aplicación del deducible por dependientes en el caso en que cesen las condiciones que dan origen a esta solicitud.

Cordialmente,



CATALINA OCHOA PEREZ

C.C. 52.817.415 Bogotá

Anexo: Relación de documentos que anexa el trabajador.

- | | |
|--------------------------------|----|
| - Registro civil de nacimiento | Si |
| - Certificado de estudios. | No |

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

NUIP 1122933075

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 53119459

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina							
Registraduría	☐	Notaría	☒	Número	02	Consulado	☐
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía				Corregimiento			
COLOMBIA				META			
VILLAVICENCIO							

Datos del inscrito			
Primer Apellido		Segundo Apellido	
VILLAMIL		OCHOA	
Nombre(s)			
MATIAS			
Fecha de nacimiento		Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo
Año	2013	Mes	MAY
Día	30	MASCULINO	O
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)			
COLOMBIA			
META			
VILLAVICENCIO			

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	11844377-1

Datos de la madre	
Apellidos y nombres completos	
OCHOA PEREZ CATALINA	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CCNO. 52 817 415 DE BOGOTA D.C.	COLOMBIANA

Datos del padre	
Apellidos y nombres completos	
VILLAMIL ORDONEZ CARLOS LEONARDO	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CCNO. 79 943 634 DE BOGOTA D.C.	COLOMBIANO

Datos del declarante	
Apellidos y nombres completos	
VILLAMIL ORDONEZ CARLOS LEONARDO	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CCNO. 79 943 634 DE BOGOTA D.C.	

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	JUN
Día	06
	RAUL HUMBERTO ROJAS RAMOS
	Nombre y firma