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 - 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** | **68** |
| **Código Centro** | **954110** |
| **Fecha Elaboración** | **31 de Agosto de 2021** |
| **Versión** | **JUNIO 2021 - 3,21** |
| **ID de Proceso** | **76869-636565** |
| **No. de documento** | **190257** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | JENNY CAROLINA MARTINEZ CHAMORRO | **C.C.** | 1.101.684.647 | **IP/Nº de contacto** | 3233427304 |
| **Correo electrónico contratista:** | jcmartinez@sena.edu.co | | | | |
| **Régimen del IVA:** | NO RESPONSABLE | **Pertenece al régimen simple de tributación?** | SI | **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:** | BANCOLOMBIA | **Tipo de cta** | AHORROS | **Nº Cuenta** | 29093627723 |
| **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:** | 2516361/2021 | | | **Nº Compromiso SIIF** | **72321** |
| **Valor Total del Contrato** | $ 23.450.000 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 17.654.500 | **3** | **Del** 01/08/2021 | **Al** 31/08/2021 | **$ 3.685.000,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 13.969.500 | | Legalización comisiones del periodo | $ 0,00 | |

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

Prestar los servicios personales como instructor para impartir formación titulada, complementaria y/o Virtualizacion en el área Ambiental en los diferentes programas que atiende el centro agroturistico regional santander

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 3.685.000 | | Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383° | 0% |
| | | | Retencion en la Fuente del Periodo | $ 0 |
| Ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ 0 | | | |
| **TOTAL INGRESOS DEL PERIODO** | **$ 3.685.000** | | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 2.172.225** | | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

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

| | Agosto | Julio |
|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | ---------- | **51064763** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 1.474.000 | $ 1.380.200 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 184.300 | $ 172.600 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 235.900 | $ 220.900 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 |
| ARL II | $ 15.400 | $ 14.500 |
| 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 | $ 368.500 | |
| Salud hasta $ 580.928 | $ - | |
| Renta Exenta 25% $ 8.713.920 | $ 724.075 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Valor Base retención en la fuente | 2.172.225,00 | TARIFA |
| Valor Base retención en la fuente ICA | 3.264.800,00 | |
| Valor base IVA | 0,00 | |
| IVA (Si es RESPONSABLE) | 0,00 | 19% |
| Menos Retención en la Fuente | 0,00 | 0% |
| Menos Retencion IVA | 0,00 | 0% |
| Reteica - 8299 | 0,00 | |
| - | 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** | **$ 3.685.000,00** | |

**SON: TRES MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Complementaria Ficha 2375569 Tratamiento Primario de Residuos Solidos-Actividad de aprendizaje: Disponer temporalmente los residuos
Fechas: 2 de Agosto Total de Horas: 5
Inducción Fichas 2363895 TN. Instalación de sistemas eléctricos residenciales y comerciales
Actividad de aprendizaje: Participar activamente en la etapa de inducción a la F.P.I. Fechas:17-18-19-20 Agosto Total Horas: 20
complementaria Ficha 2397999 Tratamiento Primario de Residuos Solidos- Actividad de aprendizaje: Disponer temporalmente los residuos
Fechas: 21-23-24-25-26-27-28-31 de Agosto Total Horas: 30
Complementaria Ficha 2398026-Implementación de la responsabilidad ambiental Fechas:20-21-23-24-25-26-27-28 de Agosto Total Horas: 40
Transversalidad Ficha 2363894 Construcción de edificaciones- Fechas 30 de Agosto Total Horas:5
Transversalidad Ficha 2363895 TN. Instalación de sistemas eléctricos residenciales y comerciales Total Horas:10 TOTAL HORAS MES: 110

**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 CAROLINA MARTINEZ CHAMORRO**
**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,

**JOHON FREDY SANABRIA MUNOZ**
**INSTRUCTOR**

**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**

**OSCAR JULIAN GELVEZ LOZANO**
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02**

## 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.

ARUS®
Tecnología + Información + Conocimiento

### Información de la Planilla Pagada

| | |
|---|---|
| **Nit de comercio Operador de Información** | 900089104-5 |
| **Razón Social del Operador de Información** | ARUS (antes Enlace Operativo) |
| **Descripción** | Pago de SuAporte |
| **Fecha** | 2021-08-20, 10:21:48 AM |
| **Periodo de Cotización Otros Riesgos** | julio de 2021 |
| **Periodo de Cotización Para Salud** | julio de 2021 |
| **Empresa** | JENNY CAROLINA MARTINEZ CHAMORRO |
| **CEDULA CIUDADANIA** | CC 1101684647 |
| **Código Sucursal (Nombre)** | ( ) |
| **Referencia de Pago/ Número Planilla** | 51064763 |
| **Tipo de Planilla** | I |
| **Número Transacción Bancaria/ CUS** | 1100922541 |
| **Banco** | (1051) - BANCO DAVIVIENDA |
| **Valor** | $ 435.600 |
| **Estado de la Transacción** | Aprobada |
| **Dirección IP de Origen** | www.suaporte.com.co |

| Nit | Código | Administradora | Número Afiliados | Valor sin Mora | Total Intéreses Mora |
|---|---|---|---|---|---|
| N800224808 | 230301 | PORVENIR | 1 | $ 235.900 | $ 0 |
| N900156264 | EPS037 | NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD NUEVA EPS S.A. | 1 | $ 184.300 | $ 0 |
| N860011153 | 14-23 | ARP - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS | 1 | $ 15.400 | $ 0 |
| | | | | | |
| | | **SubTotales:** | | $ 435.600 | $ 0 |
| | | **Total a Pagar:** | | | $ 435.600 |



**ARUS, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77. Línea Ética: 018000 517806.**

**ARUS (antes Enlace Operativo) no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.**

**Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.**

EXPERTOS en PILA

# SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

**Fecha creación reporte** 2021-08-20, 10:25:42 a. m. **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 51064763

**Periodo Cotización** 202107 **Periodo Servicio** 202107

## PAGADA 2021-08-20 10:22:19.0

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Razón Social** | JENNY CAROLINA MARTINEZ CHAMORRO | | | | |
| **Documento** | CC 1101684647 | **Dirección** | CL 20 #7 - 51 | | |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3235838261 | | |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO | **Total Afiliados** | 1 |
| **Ciudad** | SOCORRO | **Departamento** | SANTANDER | | |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | | | |

### II. DATOS DEL AFILIADO

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Documento** | CC 1101684647 | | Residente | | Exonerado | N | **Apellidos y Nombres** | **Código Ciudad - Departamento** | **Centro de Trabajo** | **Ubicación Laboral** |
| Tipo Cotizante | 59 | 00 | | | | | MARTINEZ CHAMORRO JENNY CAROLINA | 68755000 - 68 | | SANTANDER |

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

| Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Extranjero | Tipo salario | Salario | Pensión | | | | | | | Salud | | | | | | Riesgos | | | | | Caja | | | | Parafiscales | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | | | | Código AFP | Código Tras. 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 | 30 | 0 | | | $ 1.474.000 | 230301 | | 16 % | $ 1.474.000 | $ 235.900 | $ 0 | $ 0 | EPS037 | | 12,5 % | $ 1.474.000 | $ 184.300 | $ 0 | 14-23 | 2 | 1,044 % | $ 1.474.000 | $ 15.400 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PORVENIR | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | NUEVA EPS | POSITIVA DE SEGUROS | NINGUNA CCF | SENA | ICBF | ESAP | MEN | |
| $ 235.900 | $ 0 | $ 0 | $ 184.300 | $ 15.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 435.600 |



**ARUS, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77. Línea Ética: 018000 517806.**

*CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS*

San Gil, 31 de Agosto 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.** | **Juanita Sandoval Martínez** | **1.101. 689.557** | **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 Carolina Martínez Chamorro
C.C. 1.101.684.647

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1.101.689.567

## REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 43119378

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

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código R 6 L

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

REGISTRADURIA DE SOCORRO - COLOMBIA - SANTANDER - SOCORRO

**Datos del inscrito**

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| SANDOVAL | MARTINEZ |
| **Nombre(s)** | |
| JUANITA | |

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2009 Mes JUN Día 11 | FEMENINO | O | POSITIVO |

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

COLOMBIA SANTANDER SOCORRO

| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO | 51403829-8 |

**Datos de la madre**

Apellidos y nombres completos: MARTINEZ CHAMORRO JENNY CAROLINA

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 1.101.684.047 | COLOMBIA |

**Datos del padre**

Apellidos y nombres completos: SANDOVAL ACEVEDO RICHARD RAUL

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 1.015.393.024 | COLOMBIA |

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos: SANDOVAL ACEVEDO RICHARD RAUL

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| CC 1.015.393.024 | * RICHARD S. |

**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 2009 Mes JUL Día 08 | FERNANDO FONSECA ALVAREZ - REGIST |
| | Nombre y firma |

IMPRESO POR PANAMERICANA FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 830.175.457-5 TEL. 430 2700

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Escaneado con CamScanner