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 ANTIOQUIA**
**CENTRO TEXTIL Y DE GESTION INDUSTRIAL - ANTIOQUIA - SERVICIOS A LA FORMACION PROFESION**
**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** | **5** |
| **Código Centro** | **920610** |
| **Fecha Elaboración** | **30 Setiembre de 2021** |
| **Versión** | **JUNIO 2021 - 3,21** |
| **ID de Proceso** | **46486-550373** |
| **No. de documento** | **202723** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | DIANA DEL PILAR GOMEZ PASTRANA | **C.C.** | 66.776.504 | **IP/Nº de contacto** | 3167542829 |
| **Correo electrónico contratista:** | dpgomezp@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:** | BANCO COLPATRIA | **Tipo de cta** | AHORROS | **Nº Cuenta** | | 5972011165 | |
| **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:** | 2223481/2021 | | | **Nº Compromiso SIIF** | **18421** | |
| **Valor Total del Contrato** | $ 37.720.000 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 11.693.200 | **8** | **Del** | **01/09/2021** | **Al** | **30/09/2021** | **$ 3.772.000,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 7.921.200 | | Legalización comisiones del periodo | | | $ 0,00 | |

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

PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR EN FORMACIÓN COMPLEMENTARIA VIRTUAL PARA EL CENTRO TEXTIL Y DE GESTIÓN INDUSTRIAL

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 3.772.000 | | 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** | **$ 3.772.000** | | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 2.223.525** | | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

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

| | **Setiembre** | **Agosto** |
|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | ---------- | **4404792769** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 1.508.800 | $ 1.508.800 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 188.600 | $ 188.600 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 241.500 | $ 241.500 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 |
| ARL I | $ 7.900 | $ 7.900 |
| 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 | $ 377.200 | |
| Salud hasta $ 580.928 | $ - | |
| Renta Exenta 25% $ 8.713.920 | $ 741.175 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Valor Base retención en la fuente | 2.223.525,00 | TARIFA |
| Valor Base retención en la fuente ICA | 3.341.900,00 | |
| 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 | 0,400% |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| Jaime Isaza Cadavid | 15.088,00 | 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** | **$ 3.756.912,00** | |

**SON: TRES MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS DOCE PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Cumplir a cabalidad el objeto del contrato en los programas y niveles de formación y lugares que el SENA le indique.
Prestar los servicios con seriedad, responsabilidad, profesionalidad, eficiencia, oportunidad y calidad.
Desarrollar las actividades de formación de acuerdo con los planes de acción previamente elaborados y con el personal
Diseñar, programar y ejecutar las estrategias de enseñanza - aprendizaje - evaluación correspondiente al programa y nivel de formación
Realizar la planeación y el alistamiento del proceso formativo con el fin de establecer la estructura de la formación a desarrollar.
Realizar el acompañamiento respectivo para que los aprendices desarrollen las competencias propias del curso.
Verificar que los juicios de evaluación se encuentren registrados en los espacios del LMS y el sistema de gestión académica-Sofía Plus
Orientar el proceso de formación profesional integral de acuerdo a los diseños curriculares del programa y nivel de formación
Programar y ejecutar las actividades de enseñanza - aprendizaje – evaluación

**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.

**DIANA DEL PILAR GOMEZ PASTRANA**
**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,

**JOSE NICOLAS ARBELAEZ GARCIA**
**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**

**OLGA LUCIA LOPERA LOPERA**
**SUBDIRECTORA DE CENTRO G02**

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 66776504 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | DIANA DEL PILAR GOMEZ PASTRANA |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | PALMIRA | DEPARTAMENTO: | VALLE |
| DIRECCIÓN: | CALLE 25 39 117 CASA 67 | 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: | | **4404792769** | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES agosto | AÑO 2021 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES agosto | AÑO 2021 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2021/09/01 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 9996515562 |

**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 |
| 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 241.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 241.500 | $ 0 | $ 241.500 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 241.500** | **$ 0** | **$ 241.500** |

**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 |
| EPS012 | EPS012-COMFENALCO VALLE | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 188.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 188.600 | $ 0 | $ 0 | $ 188.600 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 188.600** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 188.600** |

**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 | $ 7.900 | $ 7.900 | $ 0 | $ 0 | $ 7.900 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 7.900** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 7.900** |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS 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 ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
| 1 | CC 66776504 | GOMEZ PASTRANA DIANA DEL PILAR | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.508.800 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301-PORVENIR | 30 | $ 1.508.800 | $ 241.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 241.500 | EPS012-COMFENALCO VALLE | 30 | $ 1.508.800 | $ 188.600 | $ 0 | $ 188.600 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 1.508.800 | 66776504 | $ 7.900 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| | |
|---|---|
| **TOTAL** | **$ 438.000** |

*CERTIFICACION DEPENDIENTES*

Bogotá, 30 de septiembre 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:

| | | | |
|---|---|---|---|
| **T.I.** | 1114003786 | **Laura Saavedra Gómez** | **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: DIANA DEL PILAR GÓMEZ PASTRANA

C.C. 66776504

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 40653708

1114003786

*De la oficina de registro - Clase de oficina*

Notaría [ ] Notaría [X] Número 04 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código V7w

Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA VALLE DEL CAUCA PALMIRA

*Del inscrito*

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| SAAVEDRA | GOMEZ |

Nombre(s)

LAURA

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo Sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| 2009 Mes JUNIO Día 11 | FEMENINO | A | POSITIVO |

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

COLOMBIA VALLE DEL CAUCA PALMIRA

| Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO NACIDO VIVO | 51544434-3 |

*De la madre*

Apellidos y nombres completos

GOMEZ PASTRANA DIANA DEL PILAR

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC. 66776504 PALMIRA, VALLE DEL CAUCA | COLOMBIANA |

*Del padre*

Apellidos y nombres completos

SAAVEDRA MANCERA ALVARO JOSE

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC. 94331621 PALMIRA, VALLE DEL CAUCA | COLOMBIANO |

*Del declarante*

Apellidos y nombres completos

SAAVEDRA MANCERA ALVARO JOSE

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| CC. 94331621 PALMRA,VALLE DEL CAUCA | |

*Primer testigo*

Apellidos y nombres completos

X.X.X.X..X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X..X.X.X.X.X.X.X.X.X.

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| | |

*Segundo testigo*

Apellidos y nombres completos

X.X..X..X.X.X.X.X..X.X.X.X.X.....X.X.....X.X..X.X.X.X..X.X.X.X

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| | |

| *Fecha de inscripción* | *Nombre y firma del funcionario que autoriza* |
|---|---|
| 2009 Mes JUNIO Día 19 | LUZ ELENA HURTADO AGUDELO<br>Nombre y firma |

| *Reconocimiento paterno* | *Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento* |
|---|---|
| Firma | LUZ ELENA HURTADO AGUDELO<br>Nombre y Firma |

**ESPACIO PARA NOTAS**

— ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO —

E 5 3 7 0 8 *