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** | **05741-450501** |
| **No. de documento** | **205747** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | ALEJANDRA MARIA HINCAPÍE OCAMPO | **C.C.** | 1.036.607.974 | **IP/Nº de contacto** | 43135 |
| **Correo electrónico contratista:** | amhincapie47@misena.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 ?** | | SI | |
| **Banco al cual consignar:** | BANCOLOMBIA | **Tipo de cta** | AHORROS | **Nº Cuenta** | | 54281645695 | |
| **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:** | 2222844/2021 | | | **Nº Compromiso SIIF** | | **18121** | |
| **Valor Total del Contrato** | $ 37.720.000 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 11.817.676 | **8** | **Del** | **01/09/2021** | **Al** | **30/09/2021** | **$ 3.772.000,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 8.045.676 | | 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** | **$ 2.105.326** | **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** | ---------- | **51164791** |
| **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 | $ 157.599 | |
| Renta Exenta 25% $ 8.713.920 | $ 701.775 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Valor Base retención en la fuente | 2.105.326,00 | 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

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

**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.

**ALEJANDRA MARIA HINCAPÍE OCAMPO**
**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**

# SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2021-09-13, 06:07:03 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 51164791

**Periodo Cotización:** agosto de 2021 **Periodo Servicio:** agosto de 2021

## PAGADO 27/08/2021

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | ALEJANDRA MARIA HINCAPIE OCAMPO | | |
| **Documento** | CC1036607974 | **Dirección** | CL 33A SUR #38 A - 30 CALLE 33 # 38-30 |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 2293919 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | ITAGUI | **Departamento** | ANTIOQUIA |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | |
| **Total Afiliados** | 1 | **ARP** | POSITIVA DE SEGUROS |

### II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| CC 1036607974 | ALEJANDRA MARIA HINCAPIE OCAMPO | 59 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.509.000 | $ 241.500 | (EPS010) EPS SURA | $ 1.509.000 | $ 188.700 | 2,436 | $ 1.509.000 | $ 36.800 | (CCF04) COMFAMA | $ 1.509.000 | $ 30.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 497.200 |

### III.TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 1.509.000 | $ 1.509.000 | $ 1.509.000 | $ 1.509.000 | $ 241.500 | $ 188.700 | $ 36.800 | $ 30.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 497.200 | $ 0 | $ 497.200 |



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.

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

COMPROBANTE DE PAGO

EPS y Medicina Prepagada Suramericana S.A.
800.088.702-2

## Referencia de pago 550126656624

### Información del cliente

| Nombre | Identificación |
|---|---|
| Alejandra Maria Hincapie Ocampo | 1036607974 |

### Estado de transferencia

| | | | |
|---|---|---|---|
| Descripción | APROBADA | Estado | Aprobada |
| Fecha de pago | 2021-08-27 12:08:30 | Forma de pago | BTNBC |
| Banco | BTNBC | Descripción IP | 10.201.138.7 |

### Resumen de pago

| Número de recibo | Número de póliza | Monto |
|---|---|---|
| 6617731 | 113100483811 | $157,599 |
| | Total | $157,599 |

Si tienes alguna inquietud podrás contactarnos en los siguientes teléfonos, para Medellín, Calí y Bogotá: 347 88 88. En el resto del país: 01800 051 8888 o envíanos un correo electrónico a pagoexpress@sura.com.co.

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto [0][2] Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14692585224

(415)7707212489984(8020) 000001469258522 4

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 0 3 6 6 0 7 9 7 4 | 7 | Impuestos de Medellín 1 1 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de identificación | 27. Fecha expedición |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 1 0 3 6 6 0 7 9 7 4 | 2 0 0 5 0 6 0 9 |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Antioquia 0 5 | Itagui 3 6 0 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| HINCAPIE | OCAMPO | ALEJANDRA | MARIA |

35. Razón social

36. Nombre comercial | 37. Sigla

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Antioquia 0 5 | Itagui 3 6 0 |

41. Dirección principal: CL 33 38 30

| 42. Correo electrónico | 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|---|
| alejandrahsiso@gmail.com | | 3 0 2 3 7 4 5 7 2 4 | 3 1 6 8 7 2 1 4 1 2 |

## CLASIFICACIÓN

| Actividad económica | | | | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | | |
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8 5 4 1 | 2 0 1 0 0 8 1 9 | 8 5 4 2 | 2 0 1 4 0 1 2 0 | 7 4 9 0 | 7 0 2 0 | 3 3 3 9 | |

## Responsabilidades, Calidades y Atributos

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 53. Código 4 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

49 - No responsable de IVA

| Obligados aduaneros | Exportadores |
|---|---|
| 54. Código (1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 / 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20) | 55. Forma / 56. Tipo / Servicio 1 2 3 / 57. Modo / 58. OPC |

**IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación**

**Para uso exclusivo de la DIAN**

59. Anexos SI [ ] NO [X] | 60. No. de Folios: 0 | 61. Fecha: 2020 - 05 - 19 / 21 : 29: 59

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre: HINCAPIE OCAMPO ALEJANDRA MARIA
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 19-05-2020 09:30:16PM

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

*CERTIFICACION DEPENDIENTES*

Medellín, 30 de Septiembre de 2021

Señores
**SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)**
Medellín

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:

| | | | |
|---|---|---|---|
| **RC** | **1035982211** | **MATIAS CASTAÑO HINCAPIE** | **HIJO** |

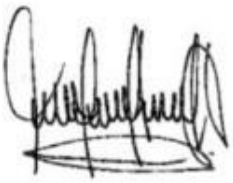
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años

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: ALEJANDRA MARÌA HINCAPIÈ OCAMPO

C.C. 1036607974 De Itagüí

**REPÚBLICA DE COLOMBIA**

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

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial: 55855629

*55855629*

NUIP: 1035982211

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

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 0 2 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código B 2 L

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

COLOMBIA - ANTIOQUIA - ITAGÜI

**Datos del inscrito**

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| CASTAÑO | HINCAPIE |

Nombre(s): MATÍAS

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2016 Mes JUL Día 28 | MASCULINO | O | POSITIVO |

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

COLOMBIA - ANTIOQUIA - MEDELLÍN

| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO DE NACIDO VIVO | 13393900-0 |

**Datos de la madre**

Apellidos y nombres completos: HINCAPIE OCAMPO ALEJANDRA MARIA

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 1.036.607.974 | COLOMBIA |

**Datos del padre**

Apellidos y nombres completos: CASTAÑO HURTADO CESAR AUGUSTO

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 10.004.883 | COLOMBIA |

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos: CASTAÑO HURTADO CESAR AUGUSTO

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| CC 10.004.883 | |

**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 2016 Mes JUL Día 30 | NANCY CRISTINA MESA ARANGO<br>Nombre y firma |

| Reconocimiento paterno | Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento |
|---|---|
| Firma | NANCY CRISTINA MESA ARANGO<br>Nombre y firma |

**ESPACIO PARA NOTAS**

LIBRO 231 - INSCRIPCION DEL REGISTRO EN VIRTUD DE LA LEY 1395 DEL 2010 ART 118 -

LIBRO DE VARIOS TOMO 0082 FOLIO 066.

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -