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 BOYACÁ
CENTRO DE DESARROLLO AGROPECUARIO Y AGROINDUSTRIAL - BOYACA - SERVICIOS PRESTADO
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	**15**
Código Centro	**911010**
Fecha Elaboración	**Setiembre de 2021**
Versión	**JUNIO 2021 - 3,21**
ID de Proceso	**05480-446255**
No. de documento	**202842**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	LEIDY CAROLINA BECERRA ROJAS	**C.C.**	46.458.002	**IP/Nº de contacto**	3123088668
Correo electrónico contratista:	lcbecerra@sena.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 ?**	NO		
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**	26258699806		
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:	2509003/2021			**Nº Compromiso SIIF**	**26921**		
Valor Total del Contrato	$ 16.500.866	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 2.977.600	**5**	**Del**	**01/09/2021**	**Al**	**24/09/2021**	**$ 2.977.600,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 0		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

Prestar servicios personales de carácter temporal para planear y orientar la Formación Profesional Integral que imparte el Centro de Desarrollo Agropecuario y Agroindustrial en los programas de Titulada Regular o Complementaria, en el área de Bilingüismo de acuerdo con el modelo pedagógico, programación establecida, lineamientos del programa y normatividad vigente.

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.977.600		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	**$ 2.977.600**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.755.255**		**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	----------	**4405934761**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.191.040	$ 1.488.800
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 148.900	$ 186.100
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 190.600	$ 238.300
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 12.500	$ 15.600
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	$ 297.760	
Salud hasta $ 580.928	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 585.085	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	1.755.255,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	2.638.100,00	
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 - 334	18.163,00	0,610%
-	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	**$ 2.959.437,00**	

SON: DOS MILLONES NOVECIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Del 1 al 3 y del 6 al 10 de septiembre, formación en las fichas 2281825 y 2348085 Tec. Protectos Agropecuarios, orientando la competencia de interactuar en lengua inglesa de forma oral y escrita. Del 1 al 3 de Septiembre, formación en las fichas 2399607 y 2399608 English Dot Works 1 y la ficha 2399609 English Dot Works 3, orientando la competencia de interactuar.
Del 6 al 10 de Septiembre, formación en las fichas 2399607 y 2399608 English Dot Works 1 y la ficha 2399609 English Dot Works 3, orientando la competencia de interactuar. Del 13 al 17 de septiembre formación en las fichas 2399607 y 2399608 English Dot Works 1 y la ficha 2399609 English Dot Works 3, orientando la competencia de interactuar.
Del 20 al 24 de septiembre formación en las fichas 2399607 y 2399608 English Dot Works 1 y la ficha 2399609 English Dot Works 3, orientando la competencia de interactuar. 27 de septiembre, formación en las fichas 2399607 y 2399608 English Dot Works 1 y la ficha 2399609 English Dot Works 3, orientando la competencia de interactuar.

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.

LEIDY CAROLINA BECERRA ROJAS
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,

LUIS ALBERTO CARDENAS RODRÍGUEZ
COORDINADOR ACADÉMICO

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

IVAN MAURICIO ROJAS RUIZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	46458002
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			LEIDY CAROLINA BECERRA ROJAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	DUITAMA	DEPARTAMENTO:	BOYACA
DIRECCIÓN:	CALLE 1 NO 6-06	TELÉFONO:	7777777
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:		**4405934761**	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):		2021/09/06	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9996581013

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	$ 238.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 238.300	$ 0	$ 238.300
SUBTOTALES:										**$ 238.300**	**$ 0**	**$ 238.300**

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
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 186.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 186.100	$ 0	$ 0	$ 186.100
SUBTOTALES:													**$ 186.100**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 186.100**

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	$ 15.600	$ 15.600	$ 0	$ 0	$ 15.600
SUBTOTALES:									**$ 15.600**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 15.600**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																	SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES						
																										PENSIÓN									SALUD						ARP															
																												FSP		APORTES VOLUNTARIOS																										
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	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	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		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
																																																			ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 46458002	BECERRA ROJAS LEIDY CAROLINA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.488.800				NO																	230301-PORVENIR	30	$ 1.488.800	$ 238.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 238.300	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.488.800	$ 186.100	$ 0	$ 186.100	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.488.800	46458002	$ 15.600		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 440.000**

EMPRESA: EFECTIVO LTDA.
NIT.830.131.993-1
Calle 96 No. 12-55 Bogota

ORDEN DE SERVICIO

No OS: 9101069886 DV: 797103

Cajero: WFGUEVARAP

Cliente beneficiario:
110263 PILA RECAUDO

Fecha: 04/09/2021 10:28:55

PS Recaudador:
901106 CENTRO CALLE 17 ::

Cantidad cupones: 1

Identificacion: 46458002

Nombre: LEIDY CAROLINA
Apellido 1: BECERRA
Apellido 2: NO
TIPO DOCUMENTO: CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO: 0000000000
Codigo Planilla: 4405934761
Periodo Pago: 2021/08
Valor Comision: 0
Valor Iva Comision: 0

Referencia	Valor
46458002	$440.000,00

Valor recibido: $440.000,00
Forma de pago: EFECTIVO

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Con la solicitud y aceptacion de mi parte, de la prestacion de este servicio, entiendase que manifiesto verbalmente mi autorizacion para el tratamiento de los datos personales que voluntariamente he entregado a Efectivo Ltda., Estos datos pueden ser utilizados unica y exclusivamente para la prestacion del servicio convenido.
Linea de servicio al cliente: (1) 6510101
servicioalcliente@efecty.com.co
www.efecty.com.co

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 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 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:

NUIP - NIP	**1053449986**	**Juan Martín Pérez Becerra**	**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,

_____

Nombre: Leidy Carolina Becerra Rojas
C.C. 46458002 de Duitama

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

5620684 1

NUIP 1.053.449.986

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial **56206841**

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [2a] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código D Z X

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía: COLOMBIA BOYACA DUITAMA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
PEREZ	BECERRA

Nombre(s): JUAN MARTIN

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2016 Mes ABR Día 01	MASCULINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA BOYACA DUITAMA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	13211321-7

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: BECERRA ROJAS LEIDY CAROLINA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 46.458.002 DE DUITAMA	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: PEREZ REYES JUAN CARLOS

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 74.378.675 DE DUITAMA	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: PEREZ REYES JUAN CARLOS

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
C.C. No. 74.378.675 DE DUITAMA	[firma]

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 ABR Día 06	LIBIA PAULINA GOMEZ HIGUERA Nombre y firma

Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

ES FIEL COPIA TOMADA DE SU ORIGINAL
QUE REPOSA EN NUESTROS ARCHIVOS
SE EXPIDIÓ EN DUITAMA HOY.

Libia Paulina Gómez Higuera
NOTARIA

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -