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 CAUCA
CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS - CAUCA - 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	**19**
Código Centro	**930710**
Fecha Elaboración	**Octubre de 2021**
Versión	**JUNIO 2021 - 3,21**
ID de Proceso	**41718-496820**
No. de documento	**225697**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	KAREN ELIZABETH LUNA DELACRUZ	**C.C.**	1.061.712.993	**IP/Nº de contacto**	8374216
Correo electrónico contratista:	klunad@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**		86828793146	
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:	2734940/2021			**Nº Compromiso SIIF**		**92021**	
Valor Total del Contrato	$ 16.383.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 13.716.000	**2**	**Del**	**01/09/2021**	**Al**	**30/09/2021**	**$ 3.810.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 9.906.000		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

Prestar los servicios personales de carácter temporal, para orientar formación profesional integral de manera virtual a distancia, en el programa de titulada virtual, conforme a las necesidades del centro de comercio y servicios - SENA Regional Cauca. Para el área de:

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.810.000		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	**$ 3.810.000**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.531.700**		**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	----------	**8614663377**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.524.000	$ 1.066.800
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 190.500	$ 133.400
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 243.900	$ 170.700
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 8.000	$ 5.600
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	$ -	
Salud hasta $ 580.928	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 843.900	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.531.700,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.375.600,00	
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 - 300	6.751,00	0,200%
-	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	**$ 3.803.249,00**	

SON: TRES MILLONES OCHOCIENTOS TRES MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y NUEVE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Admon Salud 2281855, 2281242, 2348597, 2348544, 2348114.RA: Reconocer el trabajo como factor de movilidad social,
2 valorar la importancia de la ciudadanía laboral, desde el 1 septiembre, según Sofía plus 64HR
T Serv Y Oper Microfinancieras 2282250, 2282308, 2348150, 2348461 RA: Reconocer el trabajo como factor de movilidad social,
2 valorar la importancia de la ciudadanía laboral, desde el 1 septiembre, según Sofía plus 64HR
T cocina 2254823 RA: Reconocer el trabajo como factor de movilidad social,
2 valorar la importancia de la ciudadanía laboral, desde el 1 septiembre, según Sofía plus 32HR

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.

KAREN ELIZABETH LUNA DELACRUZ
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,

ADA LORENA CERON ROSERO
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

JOHN JAIRO MOTTA CALDERON
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

RAZON SOCIAL :	LUNA DELACRUZ KAREN ELIZABETH
IDENTIFICACION:	CC-1061712993
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2021-08-30
FECHA LIMITE DE PAGO:	2021-09-21
FECHA DE PAGO:	2021-08-30
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO AV VILLAS
PERIODO PENSION:	2021-08
PERIODO SALUD:	2021-08
NUMERO PLANILLA:	8615038035
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8615038035
TIPO DE PLANILLA:	N

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 61.900	$ 61.900
Subtotal Salud		1	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 61.900	$ 61.900
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 79.300	$ 79.300
Subtotal Pensión		1	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 79.300	$ 79.300
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.600	$ 2.600
Subtotal ARL		1	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.600	$ 2.600
			Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 143.800	$ 143.800

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	22/10/2021

RAZON SOCIAL :	LUNA DELACRUZ KAREN ELIZABETH
IDENTIFICACION:	CC-1061712993
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2021-08-30
FECHA LIMITE DE PAGO:	2021-09-21
FECHA DE PAGO:	2021-08-13
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE OCCIDENTE
PERIODO PENSION:	2021-08
PERIODO SALUD:	2021-08
NUMERO PLANILLA:	8614818966
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8614818966
TIPO DE PLANILLA:	N

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 4.800	$ 4.800
Subtotal ARL		1	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 4.800	$ 4.800
			Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 4.800	$ 4.800

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	22/10/2021

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL :	LUNA DELACRUZ KAREN ELIZABETH
IDENTIFICACION:	CC-1061712993
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2021-08-05
FECHA LIMITE DE PAGO:	2021-09-21
FECHA DE PAGO:	2021-08-05
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE OCCIDENTE
PERIODO PENSION:	2021-08
PERIODO SALUD:	2021-08
NUMERO PLANILLA:	8614663377
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8673247151
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	$ 908.526	$ 0	$ 0	$ 0	$ 113.600	$ 113.600
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	$ 908.526	$ 0	$ 0	$ 0	$ 145.400	$ 145.400
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 259.000	$ 259.000

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	22/10/2021

Banco AV Villas

COMPROBANTE PAGO DE PLANILLA ASISTIDA PILA

Número de identificación del Aportante / Pin Único	Valor a Pagar $:
1061712993	143800

Si usted va a realizar el pago con el número de Planilla, diligencie esta sección:

PAGO CON NÚMERO DE PLANILLA

Número de Planilla: 8615038035

Si usted va a realizar el pago con Pin Único, diligencie esta sección:

PAGO CON PIN ÚNICO

Operador de Información: ASOPAGOS

Periodo de Cotización a Pagar: Año 2021 Mes 08

253 20210830 09:18 SC1434 LINEA D
VR PAGADO: 143,800.00
NOMBRE:ASOPAGOS
CUENTA:8615038035 O
ID:1061712993
Fecha Aplicación:20210830 PIN:91809
Estimado cliente: Verifique los datos de su pago. Después de retirarse de la ventanilla no se aceptan reclamos.

ESTIMADO CLIENTE:
VERIFIQUE QUE LA INFORMACIÓN IMPRESA EN EL COMPROBANTE SEA CORRECTA Y QUE EL VALOR REGISTRADO CORRESPONDA AL VALOR ORDENADO POR USTED. EL BANCO NO TENDRÁ COPIA DE ESTE FORMATO. EL SOPORTE DE LA TRANSACCIÓN SERÁ EL REGISTRO EN EL SISTEMA. RECUERDE QUE ESTE SERÁ EL ÚNICO SOPORTE FÍSICO DE SU TRANSACCIÓN. CONSERVELO PARA CUALQUIER VERIFICACIÓN.

CAP-PRO-083-V2

Impreso por dispapeles S.A.S. NIT. 860.028.580-2 601

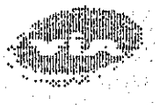
Escaneado con CamScanner



PAGO DE FACTURAS

PILA BP

NUM APROBACION:33091896
NUM REFERENCIA:0000008614818966
NUM IDENTIFICACION:1061712993
PERIODO: 2021-08
FECHA EFECTIVA:2021-08-12
VALOR: 4.800
JUE12 AGO 21 16:32:43
224-07160187-043
780576-814310-344628-591260-44
CONSERVE ESTE TIQUETE..ES EL
UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO.EN
CASO DE RECLAMO LLAMAR A:
A SU OPERADOR.
AGT 111435 CLR 34569513
07120156-919193



PAGO DE FACTURAS

PILA BP

NUM APROBACION:34472448
NUM REFERENCIA:0000008673247151
NUM IDENTIFICACION:1061712993
PERIODO: 2021-08
FECHA EFECTIVA:2021-08-04
VALOR: 259.000
MIE 4 AGO 21 15:33:52
216-06067719-048
780546-347226-244622-557260-43
CONSERVE ESTE TIQUETE. ES EL
UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO.EN
CASO DE RECLAMO LLAMAR A:
A SU OPERADOR.
AGT 4846 CLR 1061702194
00172266-997971

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL :	LUNA DELACRUZ KAREN ELIZABETH
IDENTIFICACION:	CC-1061712993
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2021-09-25
FECHA LIMITE DE PAGO:	2021-09-21
FECHA DE PAGO:	2021-09-27
ENTIDAD DE PAGO:	BANCOLOMBIA
PERIODO PENSION:	2021-08
PERIODO SALUD:	2021-08
NUMERO PLANILLA:	21474314
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	21474314
TIPO DE PLANILLA:	N

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 15.000	$ 15.000
Subtotal Salud		1	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 15.000	$ 15.000
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 19.200	$ 19.200
Subtotal Pensión		1	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 19.200	$ 19.200
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 600	$ 600
Subtotal ARL		1	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 600	$ 600
			Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 34.800	$ 34.800

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	22/10/2021

Comprobante

de pago en línea

ASOPAGOS

Pago realizado por: JOSE DAVID BURGOS GALLEGO

Nro. de recibo: 21474314

Descripción del pago: Pago de seguridad Social Integrado

Identificación del contribuyente: 10.10.11.80

Concepto: CC

Razón Social: 1061712993

Fecha y hora de la transacción: Sábado 25 de Septiembre de 2021 12:49:31 PM

Nro. de comprobante: 0000014135

Valor pagado: $ 34,800.00

Cuenta: *******3278

Bancolombia S.A.

Comuníquese con nuestra Sucursal Telefónica Bancolombia: Bogotá 343 0000 - Medellín 510 9000 - Cali 554 0505 - Barranquilla 361 8888 - Cartagena 693 4400 - Bucaramanga 697 2525 - Pereira 340 1213 - El resto del país 01 800 09 12345 - Sucursales Telefónicas en el exterior: España 900 995 717 - Estados Unidos 1866 379 9714, en caso de recibir una alerta o notificación de una transacción que presenta alguna irregularidad.

Bancolombia nunca le solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com