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	**19702-746202**
No. de documento	**248989**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	JOSE RAFAEL NIÑO ORDOÑEZ	**C.C.**	76.316.652	**IP/Nº de contacto**	00000
Correo electrónico contratista:	jninoor@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:	BANCO DE BOGOTA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		520430992	
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:	2154109/2021			**Nº Compromiso SIIF**		**3221**	
Valor Total del Contrato	$ 40.894.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 9.779.000	**10**	**Del**	**01/10/2021**	**Al**	**31/10/2021**	**$ 3.810.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 5.969.000		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 presencial o virtual, en el programa de titulada presencial, conforme a las necesidades del centro de comercio y servicios - SENA Regional Cauca. Para el área de: Sistemas.

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

	Octubre	**Setiembre**			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**4411859208**	Valor Base retención en la fuente	2.531.700,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.524.000	$ 1.524.000	Valor Base retención en la fuente ICA	3.375.600,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 190.500	$ 190.500	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 243.900	$ 243.900	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL I	$ 8.000	$ 8.000	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 300	6.751,00	0,200%
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -		-	0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.522.064	$ -		-	0,00	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.630.800	$ -		-	0,00	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta $ 1.161.856	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 580.928	$ -				
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 843.900		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		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

```
Formación Ficha N° 2325249,Competencia:38676 Resultado:563000                    Desde el 4 de Octubre 15 Horas Reporte Sofía
Formación Ficha N° 2144705,Competencia:3261  Resultado:277163,277164             Desde el 5 de Octubre 18 Horas Reporte Sofía
Formación Ficha N° 2232316,Competencia:38677 Resultado:562926,562924,562925,562923 Desde el 5 de Octubre 12 Horas Reporte Sofía
Formación Ficha N° 2237904,Competencia:38677 Resultado:559677,559676,559678,559675 Desde el 6 de Octubre 20 Horas Reporte Sofía
Formación Ficha N° 2164810,Competencia:3261  Resultado:277164,277165,277166,277167 Desde el 4 de Octubre 24 Horas Reporte Sofía
Formación Ficha N° 2144692,Competencia:3261 Resultado:277164,277165,277166, 277167 Desde el 1 de Octubre 25 Horas Reporte Sofía
Formación Ficha N° 2206976,Competencia:3261 Resultado:277163,277165,277166, 277167 Desde el 4 de Octubre 20 Horas Reporte Sofía
Formación Ficha N° 2164825,Competencia:3261 Resultado:277164,277165,277166, 277167 Desde el 2 de Octubre 30 Horas Reporte Sofía
```

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.

JOSE RAFAEL NIÑO ORDOÑEZ
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

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	76316652
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JOSE RAFAEL NINO ORDONEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	POPAYAN	DEPARTAMENTO:	CAUCA
DIRECCIÓN:	CALLE 22N NO 6A30	TELÉFONO:	1234567
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:		**4411859208**		TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES septiembre	AÑO	2021	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES septiembre AÑO 2021
DÍAS DE MORA:			0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2021/10/19	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9997159310

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	$ 243.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 243.900	$ 0	$ 243.900
SUBTOTALES:										**$ 243.900**	**$ 0**	**$ 243.900**

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
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 190.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 190.500	$ 0	$ 0	$ 190.500
SUBTOTALES:													**$ 190.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 190.500**

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	$ 8.000	$ 8.000	$ 0	$ 0	$ 8.000
SUBTOTALES:									**$ 8.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 8.000**

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 76316652	NIÑO ORDOÑEZ JOSE RAFAEL	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.524.000				NO																		230301-PORVENIR	30	$ 1.524.000	$ 243.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 243.900	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.524.000	$ 190.500	$ 0	$ 190.500	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.524.000	76316652	$ 8.000		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 442.400**

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

ORDEN DE SERVICIO

No OS: 9122758130 DV: 031548

Cajero: DIMAPALT

Cliente beneficiario:
110263 PILA RECAUDO

Fecha: 19/10/2021 15:06:52

PS Recaudador:
991344 POPAYAN TIENDAS OLIMPICA

Cantidad cupones: 1

Identificacion: 76316652

Nombre: JOSE RAFAEL
Apellido 1: NIÑO
Apellido 2: NAA
TIPO DOCUMENTO: CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO: 3104087642
Codigo Planilla: 4411859208
Periodo Pago: 202109
Valor Comision: 0
Valor Iva Comision: 0

Referencia	Valor
76316652	$442.400,00

Valor recibido: $442.400,00
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 exclusivanente para la prestacion del servicio convenido.
Linea de servicio al cliente: (1) 6510101
servicioalcliente@efecty.com.co
www.efecty.com.co

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) JOSE RAFAEL NIÑO ORDOÑEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 76316652 el día 17/10/2021 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el SENA.

La presente constancia tiene validez al interior de la entidad, en la generación de una cultura institucional incluyente, como acción afirmativa para promover acciones integrales y accesibles para las Personas con Discapacidad, de acuerdo con lo contenido en la Resolución 1726 de 2014, mediante la cual el SENA adopta su Política Institucional para la atención de personas con discapacidad.

Dirección de Empleo y Trabajo - Secretaría General - SENA

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas

ALCALDÍA DE POPAYÁN - CAUCA

SECRETARIA DE HACIENDA MUNICIPAL
"Popayán"

POPAYÁN

FORMULARIO ÚNICO NACIONAL DE DECLARACIÓN Y PAGO DEL IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO

NIT: 891.580.006-4

DEPARTAMENTO	DISTRITO	AÑO GRAVABLE	FECHA MÁXIMA PRESENT.	NÚMERO DE FORMULARIO	
CAUCA	POPAYAN	2020	30/06/2021		21020110008130

Opción de uso	DECLARACIÓN INICIAL	SOLO PAGO	DECLARACIÓN DE CORRECCIÓN	No. DE DECLARACIÓN A CORREGIR	FECHA DE PRESENTACIÓN DE DECLARACION A CORREGIR
	X				

A. INFORMACION DEL CONTRIBUYENTE

1. APELLIDOS Y NOMBRES DEL PROPIETARIO O RAZÓN SOCIAL: JOSE RAFAEL NIÑO ORDOÑEZ
2. C.C. X | NIT. | CE. | No. DOCUMENTO: 76316652 | D.V.: 6 | ES CONSORCIO O UNION TEMPORAL: | REALIZA ACTIVIDADES ATRAVÉS DE PATRIMONIO AUTÓNOMO?:
3. DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: CALLE 22 N # 6A30 | MUNICIPIO O DISTRITO DE DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: POPAYAN
   DEPARTAMENTO DE DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN: CAUCA
4. TELÉFONO: 3104087642 | 5 CORREO ELECTRÓNICO: JR_RAFAEL630@HOTMAIL.COM | 6 No. ESTABLECIMIENTOS: 0 | 7 CLASIFICACIÓN: NO APLICA

B. BASE GRAVABLE

8	TOTAL INGRESOS ORDINARIOS Y EXTRAORDINARIOS DEL PERIODO EN TODO EL PAÍS	37.065.000
9	MENOS INGRESOS FUERA DE ESTE MUNICIPIO O DISTRITO	0
10	TOTAL INGRESOS ORDINARIOS Y EXTRAORDINARIOS EN ESTE MUNICIPIO (Renglon 8 menos 9)	37.065.000
11	MENOS INGRESOS POR DEVOLUCIONES, REBAJAS, DESCUENTOS	0
12	MENOS INGRESOS POR EXPORTACIONES	0
13	MENOS INGRESOS POR VENTA DE ACTIVOS FIJOS	0
14	MENOS INGRESOS POR ACTIVIDADES EXCLUIDAS O NO SUJETAS Y OTROS INGRESOS NO GRAVADOS	0
15	MENOS INGRESOS POR OTRAS ACTIVIDADES EXENTAS EN ESTE MUNICIPIO O DISTRITO (Por Acuerdo)	37.065.000
16	TOTAL INGRESOS GRAVABLES (Renglón 10 menos 11,12,13,14 y 15)	VALOR IMPUESTO

C. DISCR. ACTIVIDADES GRAVADAS

ACTIVIDADES GRAVADAS	CÓDIGO	INGRESOS GRAVADOS	TARIFA (por mil)	
ACTIVIDAD 1 (PRINCIPAL)	85511	37.065.000	2	74.000
ACTIVIDAD 2				0
ACTIVIDAD 3				0
TOTAL INGRESOS GRAVADOS		37.065.000	17. TOTAL IMPUESTO GRAVADO	74.000
18 GENERACIÓN DE ENERGÍA	CAPACIDAD INSTALADA 0 KW		19. IMPUESTO LEY 56 DE 1981	0

D. LIQUIDACION PRIVADA

20	IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO (Renglón 17+19)	74.000
21	IMPUESTO DE AVISOS Y TABLEROS (15% del renglón 20)	0
22	PAGO POR UNIDADES COMERCIALES ADICIONALES DEL SECTOR FINANCIERO	0
23	SOBRETASA BOMBERIL (Ley 1575 de 2012) (Si la hay, liquidela según el acuerdo municipal o distrital)	0
24	SOBRETASA DE SEGURIDAD (Ley 1421 de 2011) (Si la hay, liquidela según el acuerdo municipal o distrital)	74.000
25	TOTAL IMPUESTO A CARGO (Renglón 20+21+22+23+24)	0
26	MENOS VALOR DE EXENCIÓN O EXONERACIÓN SOBRE EL IMPUESTO Y NO SOBRE LOS INGRESOS	66.000
27	MENOS RETENCIONES QUE LE PRACTICARON A FAVOR DE ESTE MUNICIPIO O DISTRITO EN ESTE PERIODO	0
28	MENOS AUTORRETENCIONES PRACTICADAS A FAVOR DE ESTE MUNICIPIO O DISTRITO EN ESTE PERIODO	0
29	MENOS ANTICIPO LIQUIDADO EN EL AÑO ANTERIOR	0
30	ANTICIPO DEL AÑO SIGUIENTE (Si existe, liquide porcentaje según acuerdo municipal o distrital)	0
31	SANCIONES: Extemporaneidad | Corrección | Inexactitud | Otra | ¿Cuál?	0
32	MENOS SALDO A FAVOR DEL PERIODO ANTERIOR SIN SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN O COMPENSACIÓN	8.000
33	TOTAL SALDO A CARGO (Renglón 25-26-27-28-29+30+31-32)	0
34	TOTAL SALDO A FAVOR (Renglón 25-26-27-28-29+30+31-32) (Si el resultado es menor a cero)	8.000

E. PAGO

35	VALOR A PAGAR	8.000
36	DESCUENTO POR PRONTO PAGO (Si existe, liquidelo según el acuerdo municipal o distrital)	0
37	INTERESES DE MORA	0
38	TOTAL A PAGAR (Renglón 35-36+37)	0
39	LIQUIDE EL VALOR DEL PAGO VOLUNTARIO (Según instrucciones del Municipio/Distrito)	
40	TOTAL A PAGAR CON PAGO VOLUNTARIO (Reglón 38+39)	

SECCIÓN PAGO VOLUNTARIO (solamente donde exista esta opción)

DESTINO DE MI APORTE VOLUNTARIO

F. FIRMAS

FIRMA DEL DECLARANTE

NOMBRE: JOSE RAFAEL NIÑO ORDOÑEZ
C.C. X | C.E. | No. 76316652

FIRMA DEL CONTADOR

NOMBRE:
C.C. X | C.E.

FIRMA DEL REVISOR FISCAL

BANCO DE OCCIDENTE 78784 270
RECAUDO CODIGO BARRAS ******5859
10:47:00 2021/06/29 Normal 057
No. T. 0.00 D
***-**
77099980146191
63191052

Referencia1 :
Referencia2 :
"COPIA"

(415)7709998014619(8020)000021020110008130(3900)0000000000(96)20210630

Para verificar esta declaración por favor escanee el Código QR o consulte el código CUID en www.digisign.com.co/verificar =>

Página 1 de 1

***** IMPRIMIR EN IMPRESORA LASER – GENERADA POR INTERNET – FECHA: 28/06/2021 - 16:25:34 *****

Escaneado con CamScanner