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 META
CENTRO AGROINDUSTRIAL DEL META-EMPRENDE RURAL
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	**50**
Código Centro	**911710**
Fecha Elaboración	**Octubre de 2021**
Versión	**JUNIO 2021 - 3,21**
ID de Proceso	**02663-524158**
No. de documento	**243418**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	RUTH SPTEFANIE ORDOÑEZ VILLAMIL	**C.C.**	1.121.843.332	**IP/Nº de contacto**	84032
Correo electrónico contratista:	rsordonezv@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	SI	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**	NO		
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**	84497051346		
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:	2302904/2021			**Nº Compromiso SIIF**	**22021**		
Valor Total del Contrato	$ 36.465.162	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 9.774.167	**9**	**Del**	**01/10/2021**	**Al**	**31/10/2021**	**$ 3.759.295,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 6.014.872		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

Prestar servicios profesionales de carácter temporal como instructor técnico y apoyo a la gestión del emprendimiento y/o la empleabilidad rural o instructor de emprendimiento y apoyo a la gestión del emprendimiento rural en la modalidad presencial y/o a distancia, enmarcada en los lineamientos del programa SENA Emprende Rural SER

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.759.295		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	**$ 3.759.295**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.216.074**		**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	----------	**21656473**	Valor Base retención en la fuente	2.216.074,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.503.718	$ 1.503.718	Valor Base retención en la fuente ICA	3.330.695,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 188.000	$ 188.000	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 240.600	$ 240.600	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 II	$ 15.700	$ 15.700	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 8299	13.323,00	0,400%
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	$ 375.930		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 580.928	$ -				
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 738.691		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	**$ 3.745.972,00**	

SON: TRES MILLONES SETECIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS SETENTA Y DOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

1. Ficha No. 2295978. Desarrollo de acciones de Formación "Emprendedor en Producción de Plátano y Banano":24horas.
2. Ficha No. 2408259. Desarrollo acciones formación "Aplicación de Buenas Prácticas Agrícolas": 56 Horas
3. Actividades realizadas en el marco del proceso “Comunidades de Aprendizaje” del programa SER, Diseño curricular en "Emprendedor en Producción de Palma de Aceite" cod: 73311597 version 2. Horas:92

TOTAL HORAS:172 HORAS

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.

SPTEFANIE ORDOÑEZ

RUTH SPTEFANIE ORDOÑEZ VILLAMIL
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,

RAFAEL ANGEL AGUILERA MARTINEZ
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

BELISARIO GOMEZ PERDOMO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

ASOPAGOS s.a.

Certificación de Pago

Se certifica que la empresa , identificada con CC-1121843332 sucursal 0, canceló los aportes de seguridad social y parafiscales de la siguiente manera:

REFERENCIA POR TIPO DE PLANILLA		CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE ADMINISTRADORA	Nro. AFILIADOS	DÍAS MORA	COTIZACIÓN	INTERES	VALOR TOTAL
Período pensión:	2021-09	25-14	900336004	COLPENSIONES	1	0	240.600	0	240.600
Período salud:	2021-09	EPS017	830003564	FAMISANAR	1	0	188.000	0	188.000
Planilla Nro.:	21656473 Tipo I	14-23	860011153	POSITIVA	1	0	15.700	0	15.700
Clase de aportante:	I	SINCCF	0	SIN CCF	1	0	0	0	0
Fecha transacción:	2021-10-15	PASENA	899999034	SENA	0	0	0	0	0
Banco:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	PAICBF	899999239	ICBF	0	0	0	0	0
Transacción:	1168036205	PAESAP	899999054	ESAP	0	0	0	0	0
		PAMIED	899999001	MINEDU	0	0	0	0	0
				GRAN TOTAL					$ 444.300

PAGADO

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
1168036205

Destino de pago
ASOPAGOS

Motivo
Pago de seguridad Social Integrado

Fecha
15/10/2021

Número de aprobación
00036205

Dirección IP
181.51.34.62

Valor transacción
$ 444.300,00

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
10.10.11.80	CC	1121843332

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017. DAVIVIENDA

Villavicencio, 30/Octubre/2021

Señores
Grupo de Apoyo Administrativo Mixto – Regional Meta
Servicio Nacional de Aprendizaje SENA
Ciudad

Asunto: Solicitud deducible retención en la fuente por dependientes.

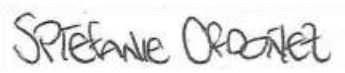
Estimados señores:

Con la presente solicito que de acuerdo con el Articulo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el Artículo 2º. Párrafo 3ro. del Decreto 099 del 2013, se tenga en cuenta como deducible de mis ingresos brutos provenientes de la relación laboral por el concepto de dependientes, los cuales relaciono a continuación:

Apellidos y Nombre	**Documento Identidad**	**Calidad del Dependiente:**
María José Tacha Ordoñez	R.C. 1.121.719.893	Es mi hija menor de 18 años de edad, según consta en el registro civil de nacimiento, el cual se adjunta.

Certifico bajo la gravedad de juramento la información consignada en esta solicitud y me comprometo a enviar solicitud de revocación de aplicación del deducible por dependientes en el caso en que cesen las condiciones que dan origen a esta solicitud.

Cordialmente,



RUTH SPTEFANIE ORDOÑEZ VILLAMIL
C.C. 1.121.843.332 de Villavicencio.

Anexo: Relación de documentos que anexa el trabajador.

- Registro civil de nacimiento Si
- Certificado de estudios. No
- Certificado contador público. No
- Certificado medicina legal. No

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1.121.719.893

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 54637505

54637505

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código [ ]

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

REGISTRADURIA DE INIRIDA - COLOMBIA - GUAINIA - INIRIDA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
TACHA	ORDOÑEZ

Nombre(s): MARIA JOSE

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2016 Mes OCT Día 14	FEMENINO	AB	POSITIVO

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

COLOMBIA GUAINIA INIRIDA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	53024226-3

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: ORDOÑEZ VILLAMIL RUTH STEFANIE

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.121.843.332	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: TACHA MARIN CAMILO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 86.088.422	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: TACHA MARIN CAMILO

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 86.088.422	

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 2015 Mes OCT Día 27	RICARDO ARTURO [illegible] WILLAZON - R Nombre y firma

EL NOTARIO UNICO DE PUERTO INIRIDA
C E R T I F I C A
Que la presente fotocopia coincide fielmente con el documento que se me presentó y devolví original.
Puerto Inírida, 30 JUL 2019
El Notario

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Scanned by CamScanner