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 CALDAS**
**CENTRO PARA LA FORMACIÓN CAFETERA-CALDAS**
**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** | **17** |
| **Código Centro** | **911210** |
| **Fecha Elaboración** | **Octubre de 2021** |
| **Versión** | **JUNIO 2021 - 3,21** |
| **ID de Proceso** | **61752-784713** |
| **No. de documento** | **254263** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | YOHANA CAROLINA BEDOYA CUERVO | **C.C.** | 24.347.921 | **IP/Nº de contacto** | 62210 |
| **Correo electrónico contratista:** | ybedoyac@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 ?** | | SI | |
| **Banco al cual consignar:** | DAVIVIENDA | **Tipo de cta** | AHORROS | **Nº Cuenta** | | 550076000738351 | |
| **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:** | 2239096/2021 | | | **Nº Compromiso SIIF** | **1921** | | |
| **Valor Total del Contrato** | $ 40.040.000 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 10.010.000 | **9** | **Del** | **01/10/2021** | **Al** | **31/10/2021** | **$ 3.900.000,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 6.110.000 | | Legalización comisiones del periodo | | | $ 0,00 | |

**OBJETO CONTRACTUAL:**
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: PRESTACIÓN SERVICIOS PERSONALES CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR, PERÍODO FIJO, PARA LA EJECUCIÓN DE ACCIONES DE FORMACIÓN PROFESIONAL, PRESENCIALES O VIRTUALES EN EL PROGRAMA DE ARTICULACIÓN EDUCACIÓN MEDIA AREA AGRÍCOLA.

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 3.900.000 | 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** | **$ 3.900.000** | Menos, Retefuente Otros Ingresos | | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 2.299.050** | **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** | ---------- | **7810519081** | Valor Base retención en la fuente | 2.299.050,00 | TARIFA |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 1.560.000 | $ 1.560.000 | Valor Base retención en la fuente ICA | 3.455.400,00 | |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 195.000 | $ 195.000 | Valor base IVA | 0,00 | |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 249.600 | $ 249.600 | 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 | $ 16.300 | $ 16.300 | Menos Retencion IVA | 0,00 | 15% |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias | $ - | | Reteica - 8299 | 12.785,00 | 0,370% |
| 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 | $ 390.000 | | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Salud hasta $ 580.928 | $ - | | | | |
| Renta Exenta 25% $ 8.713.920 | $ 766.350 | | Descuentos de Libranza | 0,00 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | | Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| | | | **VALOR A PAGAR** | **$ 3.887.215,00** | |

**SON: TRES MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS QUINCE PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL: I.E Eduardo Gómez Arrubla ID 2059429, I.E Eduardo Gómez Arrubla ID 2273358, I.E La Naranjal ID 227388 I.E Gomez Fernández ID 2273317, I.E Gomez Fernández ID 2059425, IE Galán ID 2270241, I.E Francisco José De Caldas ID 2270415.
Desarrollo curricular código proyecto 1481881, 1125259

**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.

**YOHANA CAROLINA BEDOYA CUERVO**
**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,

**JOHN JAIRO DAVILA RINCON**
**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**

**JOSÉ BERNARDO GONZÁLEZ BETANCURTH**
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02**

DAVIVIENDA

# Pago PSE

## Resultado de su transacción

**Código único CUS**
1165681111

**Destino de pago**
SOI ACH

**Motivo**
Pago de la Planilla Integrada de Seguridad Social y Parafisacales

**Fecha**
14/10/2021

**Número de aprobación**
00681111

**Dirección IP**
190.157.36.79

**Valor transacción**
$ 460.900,00

| Referencia 1 | Referencia 2 | Referencia 3 |
|---|---|---|
| 10.80.25.34 | CC | 24347921 |

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

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 24347921 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | YOHANA CAROLINA BEDOYA CUERVO |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | MANIZALES | DEPARTAMENTO: | CALDAS |
| DIRECCIÓN: | CRA 30C 65 26 | TELÉFONO: | 8874370 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | SUCURSAL | SUCURSAL / DEPENDENCIA: | 001 - CONTRATO 1 |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

## DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **7810519081** | | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: | septiembre | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | septiembre |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: | 2021 | SALUD: | AÑO: | 2021 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2021/10/14 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 1165681111 |

## LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800229739 | 230201 | 230201- PROTECCION | 1 | $ 249.600 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 249.600** |
| **SALUD** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800088702 | EPS010 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 1 | $ 195.000 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 195.000** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 860011153 | 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | $ 16.300 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 16.300** |

| | |
|---|---|
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 460.900** |

*CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS*

Manizales, 31 de octubre 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** | **1056144263** | **Valeria Osorio Bedoya** | **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,

Yohana C. Bedoya C.

_____
FIRMA

Nombre: Yohana Carolina Bedoya Cuervo

C.C. 24.347.921

# REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1056144263

Indicativo Serial 58352532

*58352532*

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

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 05 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código E 6 T

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

***** COLOMBIA - CALDAS - MANIZALES **********

*Datos del inscrito*

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| ***** OSORIO ********** | BEDOYA ********** |

Nombre(s)

***** VALERIA **********

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2020 Mes AGO Día 06 | FEMENINO | A ****** | NEGATIVO |

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

***** COLOMBIA - CALDAS - MANIZALES **********

| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| ***** CERTIFICADO DE NACIDO VIVO ********** | 16075317-4 ********** |

*Datos de madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)*

Apellidos y nombres completos

***** OSORIO GRANADA JOHON JAMES **********

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| ***** CC 75.094.064 ********** | COLOMBIA ********** |

*Datos de padre o madre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)*

Apellidos y nombres completos

***** BEDOYA CUERVO YOHANA CAROLINA **********

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| ***** CC 24.347.921 ********** | COLOMBIA ********** |

*Datos del declarante*

Apellidos y nombres completos

***** OSORIO GRANADA JOHON JAMES **********

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| ***** CC 75.094.064 ********** | |

*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 2020 Mes AGO Día 11 | JAIRO VILLEGAS ARIAS Nombre y firma |

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

ESPACIO PARA NOTAS

***** NO SE TOMAN HUELLAS PLANTARES CIRCULAR 55 RNE MAYO DE 2020 **********

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

NOTARIA
QUINTA

**EL SUSCRITO NOTARIO QUINTO DEL CIRCULO DE MANIZALES, EXPIDE FIEL COPIA TOMADA DEL ORIGINAL DEL REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO, EL CUAL REPOSA EN EL ARCHIVO DE ESTA NOTARIA, OBRANTE EN EL INDICATIVO SERIAL NUMERO 58352532, MANIZALES [illegible]. LAS COPIAS DE REGISTRO CIVIL NO TIENEN VENCIMIENTO (ARTICULO 21 LEY 962 DE 2005) VALIDEZ PERMANENTE. PARA DOCUMENTACION**

**JAIRO VILLEGAS ARANGO**
**NOTARIO QUINTO DE MANIZALES**

**SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA**

**MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA**

Agencia Pública DE EMPLEO

## Hace constar:

Que el Sr(a) YOHANA CAROLINA BEDOYA CUERVO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 24347921 el día 18/10/2021 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