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 SANTANDER
CENTRO AGROTURISTICO - SANTANDER - 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	**68**
Código Centro	**954110**
Fecha Elaboración	**Octubre 31 de 2021**
Versión	**JUNIO 2021 - 3,21**
ID de Proceso	**41881-503101**
No. de documento	**256452**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	OLGA LUCIA ACELAS BELTRAN	**C.C.**	37.944.525	**IP/Nº de contacto**	0
Correo electrónico contratista:	oacelasb@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	NO	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**		NO	
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		29063225507	
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:	2179353/2021			**Nº Compromiso SIIF**		**3821**	
Valor Total del Contrato	$ 41.600.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 10.140.000	**10**	**Del**	**01/10/2021**	**Al**	**31/10/2021**	**$ 3.900.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 6.240.000		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

Prestar los servicios personales como instructor para impartir formación titulada, complementaria y/o virtualizacion en el área de politica institucional (seguridad y salud en el trabajo) en los diferentes programas que atiende el centro agroturistico regional santander

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	----------	**21370819**	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	0,00	0,600%
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	**$ 3.900.000,00**	

SON: TRES MILLONES NOVECIENTOS MIL PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Desarrollar actividades contractuales de acuerdo con la programación establecida en los procesos formativos del centro.
Preparar, orientar, desarrollar y apoyar procesos de aprendizaje en cualquiera de las estrategias de respuesta institucional
Evaluar el proceso de aprendizaje, las estrategias, el medio ambiente educativo, el rendimiento académico de los aprendices
Entregar al coordinador académico la información que le sea solicitada en relación al procedimiento de la gestión de la FPI
Participar en procesos de promoción de los programas de Formación Profesional Integral, servicios y actividades de Divulgación Tecnológica, programados por el Centro de Formación.
Coadyuvar en el proceso de ingreso e inducción de aprendices
Presentar el reporte de eventos de SOFIA PLUS en los diez primeros días calendario de cada mes, al supervisor correspondiente y demás soportes requeridos para la legalización del pago. Participar en las reuniones programadas por el SENA

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.

OLGA LUCIA ACELAS BELTRAN
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 ENRIQUE RIOS ARDILA
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

OSCAR JULIAN GELVEZ LOZANO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL :	OLGA LUCIA ACELAS BELTRAN
IDENTIFICACION:	CC-37944525
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2021-10-11
FECHA LIMITE DE PAGO:	2021-10-07
FECHA DE PAGO:	2021-10-11
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DAVIVIENDA
PERIODO PENSION:	2021-09
PERIODO SALUD:	2021-09
NUMERO PLANILLA:	21370819
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	21370819
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	$ 1.560.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 195.000	$ 195.000
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 1.560.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 249.600	$ 249.600
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 1.560.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 16.300	$ 16.300
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 460.900	$ 460.900

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	08/11/2021

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Sangil, OCTUBRE 31 de 2021
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:

C.C.	**1.005.484.248**	**MARIA ALEJANDRA CALA ACELAS**	**HIJO**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Hijo entre 18 y 23 años, y me encuentro financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES ' o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados

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,



_____
FIRMA

Nombre: OLGA LUCIA ACELAS BELTRAN

C.C. 37944525

Escuela SA FAC DE CIENCIAS DE LA SALUD

Julio de 2021

Facultad MED MEDICINA

Id	**Nombre**	**Cargos**	**Pagos**
U00137687	Maria Alejandra Cala Acelas	121,460,412	88,064,667
		Saldo:	**33,395,745**

Periodo **202198** **Saldo** **.0**

Cdet	**Descripción**	**Cargos**	**Pagos**
MAPG	Matricula Academica	393,000.0	
BEMA	Becas Sobre Matricula Unab		393,000.0
	TOTALES	**393,000.0**	**393,000.0**

Periodo **202160** **Saldo** **.0**

Cdet	**Descripción**	**Cargos**	**Pagos**
DAGE	Descuento Aporte Generacion E		5,228,520.0
MAPG	Matricula Academica	20,914,080.0	
DSPP	Descuento Por Pago Anticipado		.0
PCEF	Pago Contrato Terceros		15,685,560.0
	TOTALES	**20,914,080.0**	**20,914,080.0**

unab

Universidad Autónoma de Bucaramanga
Nit. 890.200.488.-8
Avenida 42 No. 48-11 Tel: 6436111 -6436261

Cupón de consignación
Consignar en:
Fecha de pago
Tipo credito:

No. 1198724
Bancos Autorizados
DD / MM / YYYY
3310-FlexiUNAB - Largo

Estudiante:	MARIA ALEJANDRA CALA ACELAS	Programa:	MEDICINA
Identificación:	TI 1005484248	Periodo:	202110 - 2021-1er SEM PREGRAD Y PRE
ID:	U00137687	Fecha cupón:	01/07/2021 07:28:33

BANCO DAVIVIENDA CAJERO No. 2 HN
01 JUL. 2021
PROCESADO

CONCEPTO LIQUIDACION	VALOR
Pago cuota No 6	$824.187
Intereses de Mora 6	$447
TOTAL	$824.634

TOTAL A PAGAR: $824.634

Fecha Límite de Pago: 01/JUL/2021

Estudiante

Medio Pago				
	Efectivo	Cheque	Código del Banco	
	Tarjeta		No. de Cuenta	

Si va a cancelar con cheque, favor girarlo a nombre de la Universidad Autónoma de Bucaramanga

Notas:

---

unab

Universidad Autónoma de Bucaramanga
Nit. 890.200.499.-9
Avenida 42 No. 48-11 Tel: 6436111 -6436261

Cupón de consignación
Consignar en:
Fecha de pago
Tipo credito:

No. 1198724
Bancos Autorizados
DD / MM / YYYY
3310-FlexiUNAB - Largo

Estudiante: MARIA ALEJANDRA CALA ACELAS
Identificación: TI 1005484248
ID: U00137687

Programa: MEDICINA
Periodo: 202110 - 2021-1er SEM PREGRAD Y PRE
Fecha cupón: 01/07/2021 07:28:33

CONCEPTO LIQUIDACION | VALOR
Pago cuota No 6 | $824.187
Intereses de Mora 6 | $447
TOTAL | $824.634

TOTAL A PAGAR: $824.634

BANCO DAVIVIENDA CAJERO No. 2 HN
01 JUL. 2021
PROCESADO

Fecha Límite de Pago: 01/JUL/2021

Universidad

Medio Pago: Efectivo | Cheque | Código del Banco
Tarjeta | No. de Cuenta

Si va a cancelar con cheque, favor girarlo a nombre de la Universidad Autónoma de Bucaramanga

Notas:

---

unab

Universidad Autónoma de Bucaramanga
Nit. 890.200.488.-8
Avenida 42 No. 48-11 Tel: 6436111 -6436261

Cupón de consignación
Consignar en:
Fecha de pago
Tipo credito:

No. 1198723
Bancos Autorizados
DD / MM / YYYY
579-FlexiUNAB - Largo

Estudiante:	MARIA ALEJANDRA CALA ACELAS	Programa:	MEDICINA
Identificación:	TI 1005484248	Periodo:	202060 - 2020 -2do SEM PREGRAD Y PR
ID:	U00137687	Fecha cupón:	01/07/2021 07:27:43

BANCO DAVIVIENDA CAJERO No. 2 HN
01 JUL. 2021
PROCESADO

CONCEPTO LIQUIDACION	VALOR
Pago cuota No 12	$146.395
Intereses de Mora 12	$18
TOTAL	$146.413

TOTAL A PAGAR: $146.413

Fecha Límite de Pago: 01/JUL/2021

Estudiante

Medio Pago				
	Efectivo	Cheque	Código del Banco	
	Tarjeta		No. de Cuenta	

Si va a cancelar con cheque, favor girarlo a nombre de la Universidad Autónoma de Bucaramanga

Notas:

---

unab

Universidad Autónoma de Bucaramanga
Nit. 890.200.499.-9
Avenida 42 No. 48-11 Tel: 6436111 -6436261

Cupón de consignación
Consignar en:
Fecha de pago
Tipo credito:

No. 1198723
Bancos Autorizados
DD / MM / YYYY
579-FlexiUNAB - Largo

Estudiante: MARIA ALEJANDRA CALA ACELAS
Identificación: TI 1005484248
ID: U00137687

Programa: MEDICINA
Periodo: 202060 - 2020 -2do SEM PREGRAD Y PR
Fecha cupón: 01/07/2021 07:27:43

CONCEPTO LIQUIDACION | VALOR
Pago cuota No 12 | $146.395
Intereses de Mora 12 | $18
TOTAL | $146.413

TOTAL A PAGAR: $146.413

BANCO DAVIVIENDA CAJERO No. 2 HN
01 JUL. 2021
PROCESADO

Fecha Límite de Pago: 01/JUL/2021

Universidad

Medio Pago: Efectivo | Cheque | Código del Banco
Tarjeta | No. de Cuenta

Si va a cancelar con cheque, favor girarlo a nombre de la Universidad Autónoma de Bucaramanga

FECHA DE PREPARACIÓN	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN
D 23 M JUL 2021	1.005.484.248

CÓDIGO Y CLASE DE EXPEDICIÓN

1 | PRIMERA VEZ CC

APELLIDOS

CALA ACELAS

NOMBRES

MARIA ALEJANDRA

LUGAR DE PREPARACION

SOCORRO (SANTANDER)

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO

SOCORRO(SANTANDER)
05 JUL 2003 A+

54539151

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CON

IMPRESIÓN DACTILAR



- Vigencia de tres (3) meses.
- Visite https://www.registraduria.gov.co/e
- El titular tendrá el plazo máximo de un (1) año para reclamar el documento para de la fecha de producción (Resolución 11630 de 2018)

FAVOR NO LAMINAR LA CONTRASEÑA