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 VALLE**
**CENTRO DE TECNOLOGIAS AGROINDUSTRIALES-VALLE - 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** | **76** |
| **Código Centro** | **954310** |
| **Fecha Elaboración** | **Octubre de 2021** |
| **Versión** | **JUNIO 2021 - 3,21** |
| **ID de Proceso** | **25895-592472** |
| **No. de documento** | **247237** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | MARTHA ELEYDA BEDOYA CASTAÑO | **C.C.** | 31.420.199 | **IP/Nº de contacto** | 2119999 |
| **Correo electrónico contratista:** | mebedoyac@misena.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 OCCIDENTE | **Tipo de cta** | AHORROS | **Nº Cuenta** | | 55882013 | |
| **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:** | 2220048/2021 | | | **Nº Compromiso SIIF** | | **5521** | |
| **Valor Total del Contrato** | $ 28.210.000 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 5.330.000 | **7** | **Del** | **01/08/2021** | **Al** | **31/08/2021** | **$ 3.900.000,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 1.430.000 | | Legalización comisiones del periodo | | | $ 0,00 | |

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

CO1.PCCNTR.2220048 PRESTACIÓN TEMPORAL DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO INSTRUCTOR PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL, ASISTENCIA TÉCNICA, ASESORÍA A LAS EMPRESAS Y/O JORNADAS DE DIVULGACIÓN TECNOLÓGICA PARA LA EJECUCIÓN DE LAS ACCIONES DE FORMACIÓN

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 3.900.000 | Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383° | | 4,75% |
| | | Retencion en la Fuente del Periodo | | $ 218.280 |
| Ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ 3.900.000 | | | |
| **TOTAL INGRESOS DEL PERIODO** | **$ 7.800.000** | Menos, Retefuente Otros Ingresos | | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 4.598.100** | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | | **$ 218.280** |

## LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR

| | **Agosto** | **Julio** |
|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | ---------- | **1039154430** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 1.560.000 | $ 1.560.000 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 195.000 | $ 195.000 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 249.600 | $ 249.600 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 |
| ARL I | $ 8.200 | $ 8.200 |
| 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 | $ 249.600 | |
| Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ 195.000 | |
| Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ 8.200 | |
| Dependientes hasta $ 1.161.856 | $ 780.000 | |
| Salud hasta $ 580.928 | $ - | |
| Renta Exenta 25% $ 8.713.920 | $ 1.532.700 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Valor Base retención en la fuente | 4.598.100,00 | TARIFA |
| Valor Base retención en la fuente ICA | 3.455.400,00 | |
| Valor base IVA | 0,00 | |
| IVA (Si es RESPONSABLE) | 0,00 | 19% |
| Menos Retención en la Fuente | 218.280,00 | 4,75% |
| Menos Retencion IVA | 0,00 | 15% |
| Reteica - 8523 | 6.911,00 | 0,200% |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| Pro-UCEVA | 19.500,00 | 0,500% |
| Universidad del Pacífico | 19.500,00 | 0,500% |
| 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** | **$ 3.635.809,00** | |

**SON: TRES MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y CINCO MIL OCHOCIENTOS NUEVE PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Actividades relacionadas con el objeto contractual en diferentes fichas y programas

**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.

**MARTHA ELEYDA BEDOYA CASTAÑO**
**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,

**JUAN CARLOS DIAZ POSADA**
**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**

**GERARDO AUGUSTO CASTRO MUÑOZ**
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02**

# PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

**Fecha creación reporte** 2021-10-19, 04:48:09 AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1039154430 **Referencia pago(PIN)** 8841069310

**Periodo Cotización** 202107 **Periodo Servicio** 202107

**Cliente:**

## PAGADA 2021-09-06

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Razón Social** | MARTHA ELEYDA BEDOYA CASTANO | | | | |
| **Documento** | CC 31420199 | **Dirección** | CRA 2D 24 21 | | |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3136858460 | | |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO | **Total Afiliados** | 1 |
| **Ciudad** | CARTAGO | **Departamento** | VALLE DEL CAUCA | | |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | | | |

### II. DATOS DEL AFILIADO

| **Documento** | CC 31420199 | | Residente | | Exonerado | N | **Apellidos y Nombres** | **Código Ciudad - Departamento** | **Centro de Trabajo** | **Ubicación Laboral** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo Cotizante | 59 | 00 | | | | | BEDOYA CASTAÑO MARTHA ELEYDA | 76147000 - 76 | | VALLE DEL CAUCA |

### III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

| Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Extranjero | Tipo salario | Salario | Pensión | | | | | | | Salud | | | | | | Riesgos | | | | | Caja | | | | Parafiscales | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | | | | Código AFP | Código Tras. AFP | Tarifa AFP | IBC | Total Aporte AFP | Total Aporte FSP | Total Aporte FSPS | Código EPS | Código Tras. EPS | Tarifa EPS | IBC EPS | Aporte Salud | Aporte UPC | Código ARL | Clase Riesgo | Tarifa ARL | IBC ARL | Aporte Riesgos | Código CCF | Tarifa CCF | IBC CCF | Aporte Caja | Tarifa SENA | Aporte SENA | Tarifa ICBF | Aporte ICBF |
| | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | | | $ 1.560.000 | 230301 | | 16 % | $ 1.560.000 | $ 249.600 | $ 0 | $ 0 | EPS018 | | 12,5 % | $ 1.560.000 | $ 195.000 | $ 0 | 14-23 | 1 | 0,522 % | $ 1.560.000 | $ 8.200 | NIN-CC | 0 % | $ 0 | $ 0 | 0 % | $ 0 | 0 % | $ 0 |

### IV.TOTALES

| Total Aportes Pensión | Total Aportes FSP | Total Aportes FSPS | Total Aportes Salud | Total Aportes Riesgos | Total Aportes Cajas | Total Aportes SENA | Total Aportes ICBF | Total Aportes ESAP | Total Aportes MEN | Total Final |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PORVENIR | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | S.O.S EPS | POSITIVA DE SEGUROS | NINGUNA CCF | SENA | ICBF | ESAP | MEN | |
| $ 249.600 | $ 0 | $ 0 | $ 195.000 | $ 8.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 452.800 |



**Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!**

¡El Poder de lo SIMPLE!

*CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS*

Cartago, 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:

| | | | |
|---|---|---|---|
| **T.I.** | **1125273299** | **DAVID ANTONIO ZAPATA BEDOYA** | **HIJO** |
| **T.I.** | **1125273298** | **VALENTINA ZAPATA BEDOYA** | **HIJA** |

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,

_____
FIRMA

Nombre: Martha Eleyda Bedoya Castaño

C.C. 31.420.199

**NO IMPRIMA ESTA HOJA ES SOLAMENTE DE CARÁCTER INFORMATIVO**

**REQUISITOS PARA DEDUCCIONES POR DEPENDIENTES**

En el siguiente cuadro se relacionan los requisitos y documentos que se deben adjuntar para poder acceder al beneficio de disminución de retención en la fuente, por dependientes:

| DEDUCCION | CONCEPTO | REQUISITOS |
|---|---|---|
| DEPENDIENTES | Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad. | Registro civil de nacimiento |
| | Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre 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 por la autoridad competente. | Recibo de pago de matrícula de instituciones debidamente acreditadas |
| | Los hijos del contribuyente mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal. | Certificado de Medicina Legal |
| | El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal | Certificado de Contador Público<br>Certificado de Medicina Legal |
| | Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal. | Certificado de Contador Público<br>Certificado de Medicina Legal |



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.125.273.299
ZAPATA BEDOYA
APELLIDOS

DAVID ANTONIO
NOMBRES

DAVid
FIRMA



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.125.273.298
ZAPATA BEDOYA
APELLIDOS

VALENTINA
NOMBRES

Valentina Zapata B
FIRMA

Escaneado con CamScanner







Escaneado con CamScanner

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1125273299

## REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 44515155

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

Registraduría [ ] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] X Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código [ ] Y 2

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
ESPAÑA - CATALUÑA - BARCELONA

**Datos del inscrito**

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| ZAPATA | BEDOYA |

Nombre(s)
DAVID ANTONIO

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2007 Mes MAR Día 10 | MASCULINO | O | + |

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

| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| REGISTRO CIVIL LITERAL DE NACIMIENTO ESPAÑOL | T00700P345 |

**Datos de la madre**

Apellidos y nombres completos
MARTHA ELEYDA BEDOYA CASTAÑO

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 31420199 | COLOMBIANA |

**Datos del padre**

Apellidos y nombres completos
NIESEL ANTONIO ZAPATA GIL

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 16223555 | COLOMBIANA |

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos
NIESEL ANTONIO ZAPATA GIL

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| CC 16223555 | |

**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 2010 Mes MAY Día 14 | JUANA INÉS DÍAZ TAFUR<br>CONSUL GENERAL<br>Nombre y firma |

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Escaneado con CamScanner

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

**NUIP** 1125273298

## REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 44515154

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

Registraduría [ ] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] X Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código [ ] Y 2

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
ESPAÑA - CATALUÑA - BARCELONA

**Datos del inscrito**

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| ZAPATA | BEDOYA |

Nombre(s)
VALENTINA

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2008 Mes JUN Día 27 | FEMENINO | O | + |

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

| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| REGISTRO CIVIL LITERAL DE NACIMIENTO ESPAÑOL | T00722P085 |

**Datos de la madre**

Apellidos y nombres completos
MARTHA ELEYDA BEDOYA CASTAÑO

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 31420199 | COLOMBIANA |

**Datos del padre**

Apellidos y nombres completos
NIESEL ANTONIO ZAPATA GIL

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 16223555 | COLOMBIANA |

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos
NIESEL ANTONIO ZAPATA GIL

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| CC 16223555 | |

**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 2010 Mes MAY Día 14 | JUANA INÉS DÍAZ TAFUR<br>CONSUL GENERAL<br>Nombre y firma |

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Escaneado con CamScanner