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 REGIONAL CAUCA
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	**Noviembre de 2021**
Versión	**JUNIO 2021 - 3,21**
ID de Proceso	**18762-008302**
No. de documento	**266052**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	MARIA DEISY FALLA VASQUEZ	**C.C.**	34.547.920	**IP/Nº de contacto**	3146528617
Correo electrónico contratista:	mfallav@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:	BANCO COLPATRIA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		7942000256	
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:	2220815/2021			**Nº Compromiso SIIF**		**21021**	
Valor Total del Contrato	$ 29.580.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 4.437.000	**10**	**Del**	**01/11/2021**	**Al**	**30/11/2021**	**$ 2.958.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 1.479.000		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

Prestar los servicios personales de carácter temporal, para orientar formación complementaria presencial o virtual, en el programa desplazados, conforme a las necesidades del centro de comercio y servicios - SENA Regional Cauca. Para el área de: Artesanías, adornos

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.958.000	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	**$ 2.958.000**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.743.675**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**		**$ 0**

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

	Noviembre	**Octubre**
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**4409379304**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.183.200	$ 1.183.200
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 147.900	$ 147.900
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 189.400	$ 189.400
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 6.200	$ 6.200
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	$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Dependientes hasta $ 1.161.856	$ 295.800	
Salud hasta $ 580.928	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 581.225	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	1.743.675,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	2.620.700,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 300	5.241,00	0,200%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
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	**$ 2.952.759,00**	

SON: DOS MILLONES NOVECIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y NUEVE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Orientar procesos de formación mediada por tecnología en la ficha 2443290, frente a medidas de contención Covid-19. Competencia: 250701123, Resultados de Aprendizaje: 2507011231, 2507011232, 2507011233. Desde el 01 de noviembre según reporte Sofia Plus.
Orientar procesos de formación mediada por tecnología en la ficha 2443725, frente a medidas de contención Covid-19. Competencia: 250701123, Resultados de Aprendizaje: 2507011231, 2507011232, 2507011233. Desde el 02 de noviembre según reporte Sofia Plus.

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.

MARIA DEISY FALLA VASQUEZ
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,

ANA ALEXANDRA RODRIGUEZ VARGAS
INSTRUCTOR

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:	34547920
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MARIA DEISY FALLA VASQUEZ FALLA VASQUEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	POPAYAN	DEPARTAMENTO:	CAUCA
DIRECCIÓN:	CALLE 61 A N 14 78	TELÉFONO:	8329621
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:			**4409379304**	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	octubre	AÑO 2021	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	octubre	AÑO 2021
DÍAS DE MORA:		0					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2021/10/01		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9996903511	

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	$ 189.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 189.400	$ 0	$ 189.400
SUBTOTALES:										**$ 189.400**	**$ 0**	**$ 189.400**

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
EPS018	EPS018-S.O.S.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 147.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 147.900	$ 0	$ 0	$ 147.900
SUBTOTALES:													**$ 147.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 147.900**

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	$ 6.200	$ 6.200	$ 0	$ 0	$ 6.200
SUBTOTALES:									**$ 6.200**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 6.200**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																								PARAFISCALES						
																												PENSIÓN								SALUD						ARP																
																															FSP		APORTES VOLUNTARIOS																										
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	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	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		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
																																																				ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 34547920	FALLA VASQUEZ MARIA DEISY	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.183.200				NO																		230301-PORVENIR	30	$ 1.183.200	$ 189.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 189.400	EPS018-S.O.S.	30	$ 1.183.200	$ 147.900	$ 0	$ 147.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.183.200	34547920	$ 6.200		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 343.500**

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

ORDEN DE SERVICIO

No OS: 9114113241 DV: 464737

Cajero: DIMIURFE

Cliente beneficiario:
110263 PILA RECAUDO

Fecha: 01/10/2021 10:44:55

PS Recaudador:
999553 EL UVO

Cantidad cupones: 1

Identificacion: 34547920

Nombre: MARIA DEISI
Apellido 1: FARFA
Apellido 2: VASQUEZ
TIPO DOCUMENTO: CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO: 3146528617
Codigo Planilla: 440937930 4
Periodo Pago: 202171 0
Valor Comision: 0
Valor Iva Comision:

Referencia	Valor
34547920	$343,500.00

Valor recibido: $343,500.00
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 exclusivamente para la prestacion del servicio convenido.
Linea de servicio al cliente: (1) 6510101
servicioalcliente@efecty.com.co
www.efecty.com.co

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

ORDEN DE SERVICIO

No OS: 9114113241 DV: 464737

Cajero: DIMIURFE

Cliente beneficiario:
110263 PILA RECAUDO

Fecha: 01/10/2021 10:44:55

PS Recaudador:
999553 EL UVO

Cantidad cupones: 1

Identificacion: 34547920

Nombre: MARIA DEISI
Apellido 1: FARFA
Apellido 2: VASQUEZ
TIPO DOCUMENTO: CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO: 3146528617
Codigo Planilla: 440937930 4
Periodo Pago: 202171 0
Valor Comision: 0
Valor Iva Comision:

Referencia	Valor
34547920	$343,500.00

Valor recibido: $343,500.00
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 exclusivamente para la prestacion del servicio convenido.
Linea de servicio al cliente: (1) 6510101
servicioalcliente@efecty.com.co
www.efecty.com.co

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Popayán, 22 de febrero 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 empleado contribuyente y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el parágrafo cuarto del artículo segundo del Decreto 0099 de 2013, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

T.I.	**1002778575**	**JUAN ALEJANDRO GUTIERREZ FALLA**	**HIJO**
T. I	**1058935101**	**JUAN ESTEBAN GUTIERREZ FALLA**	**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,



MARIA DEISY FALLA

C.C. 34547920

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP F1P-0252246

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 34768662

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [0 1] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código F 1 H

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

COLOMBIA CAUCA POPAYAN

Datos del inscrito

Primer Apellido: GUTIERREZ

Segundo Apellido: FALLA

Nombre(s): JUAN ALEJANDRO

Fecha de nacimiento: Año 2 0 0 3 Mes 0 8 Día 0 5

Sexo (en letras): MASCULINO

Grupo sanguíneo: O

Factor RH: POSITIVO

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

COLOMBIA CAUCA POPAYAN

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo: A 5081139

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: FALLA VASQUEZ MARIA DEISY

Documento de identificación (Clase y número): C.C 34.547.920 DE POPAYAN CAUCA

Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: GUTIERREZ HURBANO JOHN ALEXANDER

Documento de identificación (Clase y número): C.C 4.611.769 DE POPAYAN CAUCA

Nacionalidad: COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: GUTIERREZ HURBANO JOHN ALEXANDER

Documento de identificación (Clase y número): C.C 4.611.769 DE POPAYAN CAUCA

Firma: John A. Gutierrez B.

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: Año 2 0 0 3 Mes 0 8 Día 1 5

Nombre y firma del funcionario que autoriza

DRA ANA ELVIRA GUTIERREZ DE NARIÑO
Notaria 1a. del circulo de Popayán

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

NOTARIA PRIMERA DE POPAYAN

Firma [illegible]

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTA AL

ESTA FOTOCOPIA CORRESPONDE AL ORIGINAL DEL REGISTRO CIVIL QUE SE LLEVA EN ESTA NOTARIA

POPAYAN, 20 OCT. 2009

ANA ELVIRA GUTIERREZ DE NARIÑO
Notaria 1a. del circulo de Popayán

ESTE REGISTRO CIVIL TIENE VALIDEZ PERMANENTE

• ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO •

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1058935101. -

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 43755833

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 02 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código F 2 H

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

COLOMBIA CAUCA POPAYAN. -

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
GUTIERREZ. - - - - - - - - - -	FALLA. - - - - - - - - - - - - - -

Nombre(s)

JUAN ESTEBAN. -

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor Rh
Año 2010 Mes JULIO Día 30	MASCULINO	"B"	POSITIVO

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

COLOMBIA CAUCA POPAYAN. -

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO. - - - - - - - - -	No. 52281777 - 1

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

FALLA VASQUEZ MARIA DEISY. -

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 34.547.920 POPAYAN CAUCA. - - - -	COLOMBIANA - - - -

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

GUTIERREZ BURBANO JOHN ALEXANDER. - - - - - - - - - - - - - - - -

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 4.611.769 POPAYAN CAUCA. - - - - -	COLOMBIANA. - - -

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

GUTIERREZ BURBANO JOHN ALEXANDER. - - - - - - - - - - - - - - - -

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. No. 4.611.769 POPAYAN CAUCA. - - - - -	John A

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 AGOSTO Día 13	FABIAN MAURICIO MEDINA CABRERA (E)
	Nombre y firma
Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
Firma	Nombre y firma

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

4375583*