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	**Noviembre de 2021**
Versión	**JUNIO 2021 - 3,21**
ID de Proceso	**80318-551275**
No. de documento	**286981**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	LILIA SMITH ORTIZ CORREDOR	**C.C.**	63.392.548	**IP/Nº de contacto**	37869
Correo electrónico contratista:	lilismith68@hotmail.com				

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:	BANCOLOMBIA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		01143944286	
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:	2553399/2021			**Nº Compromiso SIIF**		**73721**	
Valor Total del Contrato	$ 21.440.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 5.561.000	**6**	**Del**	**01/11/2021**	**Al**	**30/11/2021**	**$ 3.216.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 2.345.000		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 Mesa y Bar en los diferentes programas que atiende el centro agroturistico regional santander

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.216.000		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	**$ 3.216.000**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.895.775**		**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	----------	**8616392852**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.286.400	$ 1.286.400
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 160.800	$ 160.800
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 205.900	$ 205.900
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 13.500	$ 13.500
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	$ 321.600	
Salud hasta $ 580.928	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 631.925	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	1.895.775,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	2.849.300,00	
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 - 8299	0,00	0,600%
-	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	**$ 3.216.000,00**	

SON: TRES MILLONES DOSCIENTOS DIECISEIS MIL PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

FORMAC.TITULADA FICHA:2206066 PROGRAMA:Serv.de Restaurante y Bar COMPET: Servir A&B de acuerdo con estándares técnicos ACTIVID:Implementar el modelo y protocolo de servicio al cliente en los diferentes contextos FECHA: Nov 2- 8/2021 TOTAL HORAS: 25 H. FICHA:2206066. ACTIVID: Desarrollar procesos y procedimientos para la preparación de bebidas a base de café en establecimientos gastronómic FECHA: Nov 9 al 12 de 2021 TOTAL HORAS:20 H.FICHA: 2206066 COMPETEN: Asesorar la selección de la bebida según criterios técnicos ACTIVID: Implementar el modelo y protocolo de servicio al cliente en los diferentes contextos FECHA:Nov 16-22/21 TOTAL HORAS:25 H FORMACION TITULADA FICHA: 2339301 Serv.Restaurante y Bar COMPETENCIA: Servir A & B de acuerdo con estándares técnico ACTIVID: Implementar el modelo y protocolo de servicio al cliente en los diferentes contextos de establecimientos FECHA:nov.25 al 30 de 2021 TOTAL HORAS:20 H FORMAC.COMPLEMENT FICHA:2435914 Etiqueta y Protocolo Empresarial COMPETEN: Atender clientes de acuerdo con procedim.ACTIVI:Aplicar normas de etiqu y protocolo en la atención y el servicio FECHA: nov.23/21 TOTAL HORAS: 6 H.Planilla No 8616392852 de ASOPAGOS, Octubre

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.

LILIA SMITH ORTIZ CORREDOR
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,

JOHON FREDY SANABRIA MUNOZ
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

OSCAR JULIAN GELVEZ LOZANO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL :	LILIA SMITH ORTIZ CORREDOR
IDENTIFICACION:	CC-63392548
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2021-11-21
FECHA LIMITE DE PAGO:	2021-11-11
FECHA DE PAGO:	2021-11-16
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE BOGOTA
PERIODO PENSION:	2021-10
PERIODO SALUD:	2021-10
NUMERO PLANILLA:	8616392852
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8653956986
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	$ 1.340.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 167.500	$ 167.500
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 1.340.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 214.400	$ 214.400
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 1.340.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 14.000	$ 14.000
CCF40	890201578	COMFENALCO SANTANDER	1	$ 1.340.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 26.800	$ 26.800
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 422.700	$ 422.700

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	13/12/2021

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

San Gil, 30 de noviembre 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.	**1.096.954.963**	**CRISTINA ALEJANDRA SARMIENTO ORTIZ**	**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,



_____
FIRMA

Nombre: Lilia Smith Ortiz Corredor

C.C. 63.392.548 de Málaga

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1.096.954.963

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 50705073

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 0 4

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

REGISTRADURIA DE MALAGA - COLOMBIA - SANTANDER - MALAGA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
SARMIENTO	ORTIZ

Nombre(s): CRISTINA ALEJANDRA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2012 Mes ABR Día 05	FEMENINO	A	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA SANTANDER MALAGA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	52858839-3

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: ORTIZ CORREDOR LILIA SMITH

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 63.392.548	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: SARMIENTO BOTERO JUAN CARLOS

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 79.689.698	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: SARMIENTO BOTERO JUAN CARLOS

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 79.689.698	

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 2012 Mes ABR Día 10	JUAN ANDRES FUENTES BLANCO - REGI
	Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

10.ABR.2012 - LIBRO DE VARIOS - BAJO EL FOLIO 0264 DE FECHA 10 ABR 2012.

REGISTRADURIA DE MALAGA - SANTANDER

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

50705073