SENA
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 META
CENTRO AGROINDUSTRIAL DEL META
Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1
Resolución DIAN Nº 18202604304117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)

Código Regional	60
Código Centro	911710
Fecha Elaboración	Febrero de 2022
Versión	ENERO 2022 - 1.22
ID de Proceso	16012-656867
No. de documento	345668

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: / Correo electrónico contratista:	LIZETTE ANDREA BAQUERO RUIZ lbaquero@sena.edu.co	C.C.	40.445.051	IPIN° de contacto	3123766993
Régimen del IVA: NO RESPONSABLE	Pertenece al régimen simple de tributación? NO	Es declarante de renta? NO	Es Pensionado? NO		
Sus ingresos en el 2021 fueron iguales o superiores: NO	Inducción SST SI	Presta Servicios Excluidos de IVA ? SI			
Banco al cual consignar: BANCOLOMBIA	Tipo de cta AHORROS	N° Cuenta 54156821679			
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 2022 supera los $ 126'413.200 NO				

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° del contrato:	3316260/2022		N° Compromiso SIF	8122	
Valor Total del Contrato	$ 40.560.000	N ° Pago	Periodo objeto de pago		Valor Bruto Pago
Saldo Anterior del Contrato	$ 39.520.000	2	Del 01/02/2022	Al 28/02/2022	$ 3.900.000,00
Nuevo Saldo del Contrato	$ 35.620.000		Legalización comisiones del periodo		$ 0,00

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)

"Prestar servicios Profesionales temporales para ejercer el rol de instructor Técnico y/o transversal de acuerdo a los diseños curriculares y actividades contempladas en las diferentes fases del programa Integración con la Media que ejecute el Centro Agroindustrial del Meta en la especialidad requerida y/o de su perfil"

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		$ 3.020
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 1.040.000			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	$ 4.940.000	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 3.020
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	$ 2.943.975	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		$ 0

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

	Febrero	Enero
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	-------	56701447
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.560.000	$ 1.000.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 195.000	$ 125.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 248.600	$ 160.000
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 16.300	$ 10.500
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias 57.522.064	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.800.400	$ -	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 42.700	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 33.400	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 2.500	
Dependientes hasta $ 1.216.128	$ 494.000	
Salud hasta $ 608.064	$ -	
Renta Exenta 25% $ 9.120.960	$ 981.325	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.943.975,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.465.400,00	
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%
Retelca - 8299	13.822,00	0,400%
-	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 Libranzas	0,00	
Descuentos de embargo (SI Sena)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$ 3.896.178,00**	

SON: TRES MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL CIENTO SETENTA Y OCHO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

SOCIALIZACIÓN CON ASPIRANTES DE EL DILIGENCIAMIENTO DE LOS FORMATOS COMPROMISO DEL APRENDIZ Y TRATAMIENTO DE DATOS AL MENOR
INSCRIPCIÓN Y MATRÍCULA FICHAS 2482473, 2482489, Y 2482463
ELABORACIÓN PROYECTOS DE LAS FICHAS 2482473, 2482489, Y 2482463
ELABORACIÓN PLANECIÓN PEDAGOGICA FICHAS 2482473, 2482489, Y 2482463
IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL EN EL PROGRAMA TECNICO EN PRODUCCIÓN AGROPECUARIA
IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL EN EL PROGRAMA TECNICO EN PRODUCCIÓN PECUARIA
IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL EN EL PROGRAMA TECNICO EN SISTEMAS AGROPECUARIOS ECOLÓGICOS
TOTAL HORAS REPORTADAS EN EL MES DE FEBRERO 160

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 veridica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí diligenciados.

LIZETTE ANDREA BAQUERO RUIZ
EL CONTRATISTA

CERTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí 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 periodo 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,

RAFAEL ANGEL AGUILERA MARTINEZ
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

BELISARIO GOMEZ PERDOMO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	40445051	LIZETTE ANDREA BAQUERO RUIZ	CALLE 35A #27-31	000000000	metasolidaria11@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		META	VILLAVICENCIO		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-01	2022-01	I	10/02/2022	56701447	$78.900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS044	MEDIMAS EPS SAS	901097473-5	33.400	0		0		0	0	0	0	33.400	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	42.700	0	0	0	0	0	0		42.700	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	2.800				2.800	0	0	2.800			20	2.800	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	33.400	33.400
Pensión	1	42.700	42.700
Riesgos Laborales	1	2.800	2.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	78.900	78.900

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información



Recibo Nº 0001-030258

Cuenta de cobro Nº 0001021177

Datos del cliente
LIZETTE BAQUERO RUIZ
CC 40445051
CALLE 35A N 27 84
Celular: 3123766993
PERIODO: MENSUALIDAD ENERO 2022
INDEPENDIENTES CUENTA PROPIA
villavicencio

Concepto	
MEDIMAS EPS	
COLPENSIONES	
POSITIVA ARP	
INTERESES	2.000
TOTAL	102.000

Principal Villavicencio
Dirección: Calle 33B No. 37-52 Barzal
TelFax: 6620328 Cel: 3138710578

Los Pagos se deben efuctuar los 5 primeros dias habiles de cada mes.
Con este pago certifico que no tengo ningun vinculo laboral con la empresa y actuo como rabajador independiente agremiado solo para obtener el servicio a la seguridad Social.
La Afiliación tiene un proceso de 8 a 11 dias habiles dependiendo de la EPS.

Fecha de Pago 2022-02-10 08:54:32
Recibido por MAYRA MAYRA MAYRA
Impreso por: MAYRA MAYRA MAYRA

Bogotá, 16 de febrero de 2022

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.	1122520324	BARBARA SOFÍA ALZATE BAQUERO	HIJO
R.C.	1123451652	ALANNA VICTORIA CUBIDES BAQUERO	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: LIZETTE ANDREA BAQUERO RUIZ

C.C. 40.445.051 DE VILLAVICENCIO



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.122.520.324
ALZATE BAQUERO
APELLIDOS

BARBARA SOFIA
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 03-FEB-2009
VILLAVICENCIO
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO
03-FEB-2027 A+ F
FECHA DE VENCIMIENTO G.S. RH SEXO
29-ENE-2017 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1122520324

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 40719206

Datos de la oficina de registro – Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 07 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código X 7 …

COLOMBIA META VILLAVICENCIO

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ALZATE	BAQUERO

Nombre(s): BARBARA SOFIA

Fecha de nacimiento	Sexo	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2009 – Mes 002 – Día 03	FEMENINO	X	POSITIVO

Lugar de nacimiento: COLOMBIA META VILLAVICENCIO

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	11278918-8

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: BAQUERO RUIZ LIZETTE ANDREA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.NO.40.445.051 DE VILLAVICENCIO	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: ALZATE GONZALEZ JAIRO ANTONIO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.No.17.281.782 DE PUERTO RICO	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: ALZATE GONZALEZ JAIRO ANTONIO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C.No.17.281.782 DE PUERTO RICO	[firma]

Datos primer testigo

X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.

X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.

Datos segundo testigo

X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.

X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario
Año 2009 Mes 002 Día 12	YULIMA ZORAYA ROMERO MELGAREJO

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
[firma]	YULIMA ZORAYA ROMERO MELGAREJO

767.35 F. 141

ESPACIO PARA NOTAS

Es fiel copia tomada de su original …

Notaría Primera de Villavicencio

23 NOV 2021

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

Escaneado con CamScanner

GRF-F-063 V.02

JAM-

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 60763165

NUIP 1122451652

Datos de inscripción en registro - Clase de oficina

Registrado(a) [ ] Hospital [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 3 9 0

Lugar de nacimiento - Municipio - Departamento - Hospital - Corregimiento o Inspección

COLOMBIA - META - VILLAVICENCIO NOTARIA 3 VILLAVICENCIO

Datos del inscrito

Apellidos	Nombre(s)
CUBIDES	MADDIE

Nombre(s)	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
ALANNA VICTORIA	FEMENINO	A	POSITIVO

Fecha de nacimiento: Año 2 0 1 5 Mes 0 3 Día 2 0

Lugar de nacimiento: País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección

COLOMBIA - META - VILLAVICENCIO

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigo	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	155RC176-0

Datos de la madre o padre (Para usted, la madre o padre indígena con libre autodeterminación, o persona bajo cuidado, cónyuge, que indique la declaración para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

YADIRA RUIZ LLANOS ARENAS

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 40493651	COLOMBIA

Datos del padre (Para usted, el padre indígena con libre autodeterminación, cónyuge, compañero(a) que indique la declaración para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

CUBIDES CUESTA JOHN JAIRO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1006996348	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

CUBIDES CUESTA JOHN JAIRO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 1006996348	

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 2 0 Mes 0 6 Día 0 3

Apellidos y nombres del funcionario que autoriza

CESAR AUGUSTO GALEANO SUAREZ

Firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Bloqueado por Gestionar