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 QUINDÍO**
**CENTRO PARA EL DESARROLLO TECNOLOGICO DE LA CONSTRUCCION Y LA INDUSTRIA - QUINDIO-**
**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** | **63** |
| **Código Centro** | **923110** |
| **Fecha Elaboración** | **Marzo de 2021** |
| **Versión** | **ENERO 2021 - 1,21** |
| **ID de Proceso** | **16803-205469** |
| **No. de documento** | **28972** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | ANGELA PATRICIA LOAIZA MARTINEZ | **C.C.** | 41.940.273 | **IP/Nº de contacto** | 62849 |
| **Correo electrónico contratista:** | aloaiza@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:** | BANCOLOMBIA | **Tipo de cta** | AHORROS | **Nº Cuenta** | | 6948220995 | |
| **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:** | 2187474/2021 | | | **Nº Compromiso SIIF** | | **3621** | |
| **Valor Total del Contrato** | $ 40.396.600 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 36.585.600 | **2** | **Del** | **01/03/2021** | **Al** | **31/03/2021** | **$ 3.811.000,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 32.774.600 | | Comisiones | | | $ 0,00 | |

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

INSTRUCTOR: ORIENTAR LA FORMACIÃÂ€ŒN PROFESIONAL INTEG TITULAD COMPLEMENT 2021-02-017567

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 3.811.000 | Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383° | | 0,00% |
| Ingresos por comisiones | $ 0 | Retencion en la Fuente del Periodo | | $ 0 |
| Ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ 0 | | | |
| **TOTAL INGRESOS DEL PERIODO** | **$ 3.811.000** | Menos, Retefuente Otros Ingresos | | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 2.246.475** | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | | **$ 0** |

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

| | **Marzo** | **Febrero** |
|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | ---------- | **7782580654** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 1.524.400 | $ 1.524.400 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 190.600 | $ 190.600 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 244.000 | $ 244.000 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 |
| ARL I | $ 8.000 | $ 8.000 |
| 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 | $ 381.100 | |
| Salud hasta $ 580.928 | $ - | |
| Renta Exenta 25% $ 8.713.920 | $ 748.825 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Valor Base retención en la fuente | 2.246.475,00 | TARIFA |
| Valor Base retención en la fuente ICA | 3.376.400,00 | |
| 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% |
| Reteica - 8299 | 0,00 | 0,000% |
| - | 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** | **$ 3.811.000,00** | |

**SON: TRES MILLONES OCHOCIENTOS ONCE MIL PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Acompañamiento en las actividades programadas a las siguientes formaciones titulada: 2051502, 2051532, 2051497, 2144338, 1964179 Análisis y Desarrollo de Sistemas de Información. 2163656, 2025964 Técnico en Sistemas. TGO. Construcción de Edificaciones 2233752 Formación Complementaria: 2257131 Aplicación de Herramientas Básicas de la Hoja de Cálculo Microsoft Excel.
Emisión juicios valorativos formación complementaria 2257131 Aplicación de Herramientas Básicas de la Hoja de Cálculo Microsoft Excel
Entrega documentos de identidad, formación complementaria 13410563 Manejo Básico de la Herramienta de Hojas de Calculo Excel
Diligenciamiento de informe de ejecución de actividades correspondiente al mes de Marzo 2021 - GTH-F-062 V08
Reporte de actividades en la plataforma http://contratistassena.edu.co Reporte de horas mensual mes de marzo, 160 horas
Asistencia reunión proceso de acompañamiento al aprendiz Vicente García Arias ficha 2163656, día 9 marzo de 2021
Asistencia reunión equipo ejecutor área Sistemas – Estrategias transversales 6 de marzo de 2021

**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.

**ANGELA PATRICIA LOAIZA MARTINEZ**
**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,

**GERMAN DARIO HERNANDEZ TORRES**
**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**

**ANSTRONG ALBERTO GOMEZ RIOS**
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)**

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 41940273 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | ANGELA PATRICIA LOAIZA MARTINEZ |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | ARMENIA | DEPARTAMENTO: | QUINDIO |
| DIRECCIÓN: | SORRENTO BLOQUE 19 APTO. 503 | TELÉFONO: | 7369960 |
| 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: | | **7782580654** | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | febrero AÑO 2021 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | febrero AÑO 2021 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2021/03/04 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 912669363 |

**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 |
| 230201 | 230201- PROTECCION | 1 | $ 244.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 244.000 | $ 0 | $ 244.000 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 244.000** | **$ 0** | **$ 244.000** |

**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 |
| EPS010 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 190.700 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 190.700 | $ 0 | $ 0 | $ 190.700 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 190.700** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 190.700** |

**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 | $ 8.000 | $ 8.000 | $ 0 | $ 0 | $ 8.000 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 8.000** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 8.000** |

**TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| CCF43 | CCF43-COMFENALCO QUINDIO | 1 | $ 9.200 | $ 0 | $ 9.200 |
| **SUBTOTALES:** | | | **$ 9.200** | **$ 0** | **$ 9.200** |

**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 | ADMIN | TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
| 1 | CC 41940273 | LOAIZA MARTINEZ ANGELA PATRICIA | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.525.000 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201-PROTECCION | 30 | $ 1.525.000 | $ 244.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 244.000 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 30 | $ 1.525.000 | $ 190.700 | $ 0 | $ 190.700 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 1.525.000 | 41940273 | $ 8.000 | 30 | $ 1.525.000 | CCF43-COMFENALCO QUINDIO | $ 9.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| | |
|---|---|
| **TOTAL** | **$ 451.900** |

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 41940273 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | ANGELA PATRICIA LOAIZA MARTINEZ |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | ARMENIA | DEPARTAMENTO: | QUINDIO |
| DIRECCIÓN: | SORRENTO BLOQUE 19 APTO. | TELÉFONO: | 7369960 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

## DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **7782580654** | | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: | febrero | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | febrero |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: | 2021 | SALUD: | AÑO: | 2021 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2021/03/04 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 912669363 |

## LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800229739 | 230201 | 230201- PROTECCION | 1 | $ 244.000 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 244.000** |
| **SALUD** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800088702 | EPS010 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 1 | $ 190.700 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 190.700** |
| **CAJA DE COMPENSACIÓN** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 890000381 | CCF43 | CCF43-COMFENALCO QUINDIO | 1 | $ 9.200 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 9.200** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 860011153 | 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | $ 8.000 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 8.000** |

| | |
|---|---|
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 451.900** |

*CERTIFICACION DEPENDIENTES*

Armenia, 09 de marzo 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.** | **1094912705** | **Manuela Flórez Loaiza** | **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,

Angela P. Loaiza M. Angela P. Loaiza Martínez
_____
FIRMA

Nombre: Angela Patricia Loaiza Martínez
C.C. 41.940.273 de Armenia

# REPUBLICA DE COLOMBIA

## IDENTIFICACION PERSONAL

TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO **1.094.912.705**

**FLOREZ LOAIZA**

APELLIDOS

**MANUELA**

NOMBRES

Manuela

REPUBLICADECOLOMBIATARJETADEIDENTIDADREPUBLICADECOLOMBIATARJETADEIDENTIDADREPUBLICADECOLOMBIATARJETADEIDENTIDADREPUBLICADECOLOMBIATARJETADEIDENTIDADREPUBLICADECOLOMBIATARJETADEIDENTIDADREPUBLICADECOLOMBIATARJETADEIDENTIDAD

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **14-MAY-2008**

**ARMENIA**
**(QUINDIO)**
LUGAR DE NACIMIENTO

**14-MAY-2026**
FECHA DE VENCIMIENTO

**A+**
G S RH

**F**
SEXO

**15-ENE-2016 ARMENIA**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

P-2600100-00787508-F-1094912705-20160211 **00483**07676A 1 4163751121