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-EMPRENDE RURAL
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	**50**
Código Centro	**911710**
Fecha Elaboración	**Marzo de 2021**
Versión	**ENERO 2021 - 1,21**
ID de Proceso	**29697-576307**
No. de documento	**31323**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	LUZ DAMARYS BANGUERA LOPEZ	**C.C.**	28.556.756	**IP/Nº de contacto**	2112
Correo electrónico contratista:	lbanguera@sena.edu.co				

Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Pertenece al régimen simple de tributación?**	NO	**Es declarante de renta?**	SI	**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**		39538173227	
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:	2303689/2021			**Nº Compromiso SIIF**		**23221**	
Valor Total del Contrato	$ 36.465.162	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 36.089.232	**2**	**Del**	**01/03/2021**	**Al**	**31/03/2021**	**$ 3.759.295,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 32.329.937		Comisiones			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	Prestar servicios profesionales de carácter temporal como instructor técnico y apoyo a la gestión del emprendimiento y/o la empleabilidad rural o instructor de emprendimiento y apoyo a la gestión del emprendimiento rural en la modalidad presencial y/o a distancia, enmarcada en los lineamientos del programa SENA Emprende Rural SER.

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.759.295	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	**$ 3.759.295**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.216.074**	**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	----------	**7783324971**	Valor Base retención en la fuente	2.216.074,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.503.718	$ 908.526	Valor Base retención en la fuente ICA	3.330.695,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 188.000	$ 113.600	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 240.600	$ 145.400	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL II	$ 15.700	$ 9.500	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 8299	13.323,00	0,400%
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -		-	0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.522.064	$ -		-	0,00	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.630.800	$ -		-	0,00	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta $ 1.161.856	$ 375.930		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 580.928	$ -				
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 738.691		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	**$ 3.745.972,00**	

SON: TRES MILLONES SETECIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS SETENTA Y DOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Alistamiento de la formación en Emprendedor en procesamiento artesanal de pescados y mariscos,municipio Acacias: 5h
Alistamiento de la formación en Emprendedor en procesamiento artesanal de derivados frutas y hortalizas, municipio Puerto Lopez: 10h
Apoyo en la consolidación de la lista maestra y fichas técnicas para la compra de los materiales de formación garoindustria 20h
Participación virtual en la videoconferencia de socialización lineamientos e inducción para inicio de actividades del programa SER 2021, organizada por la lider
Desarrollo acciones de formación:Emprendedor en procesamiento artesanal de pescados y mariscos,municipio Acacias
Desarrollo acciones de formación:Emprendedor en procesamiento artesanal de derivados frutas y hortalizas, municipio Puerto Lopez
Alistamiento portafolio del instructor, avances en la etapa de analisis y elaboración del proyecto
Total horas: 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 verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí diligenciados.

LUZ DAMARYS BANGUERA LOPEZ
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,

EDNA SAMARA HERNANDEZ BEJARANO
INSTRUCTOR G13

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

MARKO ANDRES VARGAS ANGEL
SUBDIRECTOR DE CENTRO (E) G02

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	28556756
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			LUZ DAMARYS BANGUERA LOPEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	VILLAVICENCIO	DEPARTAMENTO:	META
DIRECCIÓN:	DIAGONAL 17 N 19-39 SAUSALITO	TELÉFONO:	6600715
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:		**7783324971**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES marzo	AÑO 2021	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES marzo	AÑO 2021
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2021/03/11	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		920295229

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	$ 240.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 240.600	$ 0	$ 240.600
SUBTOTALES:										**$ 240.600**	**$ 0**	**$ 240.600**

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
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 188.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 188.000	$ 0	$ 0	$ 188.000
SUBTOTALES:													**$ 188.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 188.000**

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	$ 15.700	$ 15.700	$ 0	$ 0	$ 15.700
SUBTOTALES:									**$ 15.700**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 15.700**

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 28556756	BANGUERA LOPEZ LUZ DAMARYS	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.503.718				NO																		230301-PORVENIR	30	$ 1.503.718	$ 240.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 240.600	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.503.718	$ 188.000	$ 0	$ 188.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.503.718	899999034	$ 15.700		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 444.300**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	28556756
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			LUZ DAMARYS BANGUERA LOPEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	VILLAVICENCIO	DEPARTAMENTO:	META
DIRECCIÓN:	DIAGONAL 17 N 19-39	TELÉFONO:	6600715
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:	**7783324971**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	marzo	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	marzo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2021	SALUD:	AÑO:	2021
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2021/03/11	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		920295229

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	$ 240.600
SUBTOTAL:			1	**$ 240.600**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900156264	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	$ 188.000
SUBTOTAL:			1	**$ 188.000**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 15.700
SUBTOTAL:			1	**$ 15.700**

TOTAL PAGADO:	**$ 444.300**

Villavicencio, 17/Marzo/2020

Señores
Grupo de Apoyo Administrativo Mixto – Regional Meta
Servicio Nacional de Aprendizaje SENA
Ciudad

Asunto: Solicitud deducible retención en la fuente por dependientes.

Estimados señores:

Con la presente solicito que de acuerdo con el Articulo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el Artículo 2º. Párrafo 3ro. del Decreto 099 del 2013, se tenga en cuenta como deducible de mis ingresos brutos provenientes de la relación laboral por el concepto de dependientes, los cuales relaciono a continuación:

Apellidos y Nombre	**Documento Identidad**	**Calidad del Dependiente:**
Maria Isabella Sorza Banguera	R.C. 1071788966	Es mi hija menor de 18 años de edad, según consta en el registro civil de nacimiento, el cual se adjunta.

Certifico bajo la gravedad de juramento la información consignada en esta solicitud y me comprometo a enviar solicitud de revocación de aplicación del deducible por dependientes en el caso en que cesen las condiciones que dan origen a esta solicitud.

Cordialmente,



LUZ DAMARYS ABNGUERA LOPEZ
C.C. 28.556.756 Ibagué

Anexo: Relación de documentos que anexa el trabajador.

- Registro civil de nacimiento Si
- Certificado de estudios. No

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1071788966

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 35969461

35969461

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 1 6 1

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

NOTARIA 2 FUSAGASUGA COLOMBIA CUNDINAMARCA FUSAGASUGA**********

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
SORZA**********	BANGUERA**********

Nombre(s)

MARIA ISABELLA**********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2 0 0 9 Mes M A R Día 1 0	FEMENINO********	A*******	+*******

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA FUSAGASUGA**********

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
SOLICITUD VERBAL**********	**********

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

BANGUERA LOPEZ LUZ DAMARYS**********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 0028556756**********	COLOMBIA**********

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

SORZA OMAR ANTONIO**********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 0017316331**********	COLOMBIA**********

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

SORZA OMAR ANTONIO**********

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CEDULA DE CIUDADANIA 0017316331**********	

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 2 0 0 9 Mes S E P Día 1 7	MARIA DEISI DE ALARCON********** Nombre y firma

Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
Firma	MARIA DEISI DE ALARCON Nombre y Firma

ESPACIO PARA NOTAS

MODIFICACION DEL SERIAL 0035968364 CORRECION RECONOCIMIENTO PATERNO O MATERNO LIBRO DE VARIOS TOMO 6 FOLIO NO. 153

MARIA DEISI DE ALARCON NOTARIA Fusagasugá (Cund.)

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.071.788.966**

SORZA BANGUERA

APELLIDOS

MARIA ISABELLA

NOMBRES

Ma. Isabella Sorza B

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **10-MAR-2009**

FUSAGASUGA
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

10-MAR-2027

FECHA DE VENCIMIENTO

A+

G S RH

F

SEXO

14-ABR-2016 VILLAVICENCIO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-5200100-00822004-F-1071788966-20160501 **0049**618289A 3 6733880683