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 DE GESTION AGROEMPRESARIAL DEL ORIENTE-SANTANDER - SERVICIOS PRESTADOS A L
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	**954610**
Fecha Elaboración	**25 de Marzo de 2021**
Versión	**ENERO 2021 - 1,21**
ID de Proceso	**61093-621369**
No. de documento	**48238**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	LUZ AMANDA ARIZA ZAFRA	**C.C.**	63.437.231	**IP/Nº de contacto**	3214005684
Correo electrónico contratista:	laarizaz@misena.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**		32967260877	
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:	2276282/2021			**Nº Compromiso SIIF**		**13221**	
Valor Total del Contrato	$ 36.372.390	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 35.151.840	**2**	**Del**	**01/03/2021**	**Al**	**31/03/2021**	**$ 3.661.650,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 31.490.190		Comisiones			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

IPRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA DESARROLLAR PROGRAMAS DE FORMACIÓN TITULADA Y COMPLEMENTARIA VIRTUAL EN EL AREA DE SISTEMAS EN EL CENTRO DE GESTIÓN AGROEMPRESARIAL DEL ORIENTE

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.661.650	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	$ 1.220.550			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 4.882.200**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.982.359**	**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	----------	**7781275289-778**	Valor Base retención en la fuente	2.982.359,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.464.660	$ 514.831	Valor Base retención en la fuente ICA	3.244.150,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 183.100	$ 64.400	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 234.400	$ 82.400	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	$ 15.300	$ 5.400	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 8543	6.488,00	0,200%
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	$ 1		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 1		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 1		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta $ 1.161.856	$ 488.220		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 580.928	$ -				
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 994.120		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	**$ 3.655.162,00**	

SON: TRES MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL CIENTO SESENTA Y DOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

CURSO MANEJO DE ADOBE PHOTOSHOP. FICHAS: 2270583, 2270584, 2270603, 2270605, 2296283. HORAS POR FICHA=34, TOTAL HORAS FICHAS=136
Crear imágenes teniendo en cuenta las técnicas y herramientas determinadas.
Retocar imágenes a partir de las especificaciones definidas para el producto.
CURSO ELABORACIÓN DE ESTRATEGIAS TRANSMEDIA. FICHAS: 2296283, 2296289, 2296292 y 2296296. HORAS POR FICHA=12, TOTAL HORAS FICHAS=48
Valorar la estrategia transmedia, teniendo en cuenta los requisitos definidos y los medios seleccionados.
Identificar los elementos y aspectos técnicos requeridos para la creación de un proyecto transmedia.

TOTAL HORAS ACADEMICAS: 184 Horas

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 AMANDA ARIZA ZAFRA
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,

MARTHA RUEDA MONCADA
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

OSCAR ALFONSO PEÑA AMAYA
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	63437231
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			LUZ AMANDA ARIZA ZAFRA ARIZA ZAFRA
CIUDAD/MUNICIPIO:	VELEZ	DEPARTAMENTO:	SANTANDER
DIRECCIÓN:	CALLE 7 N 4-11	TELÉFONO:	7564381
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:	**7781275289**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS:	MES:	febrero	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES:	febrero
	AÑO:	2021		AÑO:	2021
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2021/02/22	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		901037825

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	$ 63.000
SUBTOTAL:			1	**$ 63.000**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900156264	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	$ 49.300
SUBTOTAL:			1	**$ 49.300**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 4.200
SUBTOTAL:			1	**$ 4.200**

TOTAL PAGADO:	**$ 116.500**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	63437231
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			LUZ AMANDA ARIZA ZAFRA ARIZA ZAFRA
CIUDAD/MUNICIPIO:	VELEZ	DEPARTAMENTO:	SANTANDER
DIRECCIÓN:	CALLE 7 N 4-11	TELÉFONO:	7564381
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:	**7784670863**		TIPO DE PLANILLA:		N-CORRECCIONES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS:	MES:	febrero	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES:	febrero
	AÑO:	2021		AÑO:	2021
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2021/03/26	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		934546282

NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	7781275289	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	2021/02/22

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	$ 19.400
SUBTOTAL:			1	**$ 19.400**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900156264	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	$ 15.100
SUBTOTAL:			1	**$ 15.100**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 1.200
SUBTOTAL:			1	**$ 1.200**

TOTAL PAGADO:	**$ 35.700**

Planilla Pagada

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Vélez, 23 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 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.	1112050667	Laura Sofía López Ariza	**HIJO**

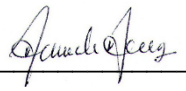
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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: _Luz Amanda Ariza Zafra_____

C.C. _63437231_____

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1.112.050.667

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 42091277

42091277

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 21 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código V 2 A

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

NOTARIA 21 CALI - COLOMBIA - VALLE - CALI

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
LOPEZ	ARIZA

Nombre(s)

LAURA SOFIA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor Rh
Año 2009 Mes FEB Día 14	FEMENINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA VALLE CALI

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	51538817-9

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

ARIZA ZAFRA LUZ AMANDA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 63.437.231	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

LOPEZ GALEANO JORGE NELSON

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 79.557.715	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

LOPEZ GALEANO JORGE NELSON

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 79.557.715	

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 autorizado
Año 2009 Mes MAY Día 22	CARLOS ENRIQUE GUTIERREZ JARAMILLO Nombre y firma Notaría Veintiuna

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

República de Colombia
Departamento del Valle
Notaría Veintiuna
Carlos Enrique Gutiérrez Jaramillo
Notario Encargado

ESPACIO PARA NOTAS

— ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO —

Notaría
21
Santiago
de Cali
NIT: 16.589.986-3

EL SUSCRITO NOTARIO VENTIUNO DEL CÍRCULO DE SANTIAGO DE CALI CERTIFICA:

Que esta fotocopia fue tomada del original del libro de Registro Civil de Nacimiento que reposa en la Notaría a mi cargo y obra en el serial No. 42091277. De conformidad con el artículo 110 y 115 del Decreto 1260 de 1970, Artículo 21 Ley 962 de 2005 le da validez indefinida. Se expide para demostrar parentesco, con el propósito de: Tramites legales.

Es prueba del estado civil.
Recibe:
Firma: _____
Nombre: Maria Dalgos
En constancia se firma en Santiago de Cali, a _____

HOLMES RAFAEL CARDONA MONTOYA
Notario Veintiuno de Santiago de Cali

17 JUN 2015

República de Colombia
Departamento del Valle
Santiago de Cali
Notaria Veintiuna

Holmes Rafael Cardona Montoya
Notario

EN BLANCO
NOTARIA VEINTIUNA DEL CIRCULO DE
SANTIAGO DE CALI