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 TOLIMA
DESPACHO REGIONAL-EMPRENDIMIENTO
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	**73**
Código Centro	**101073**
Fecha Elaboración	**Abril de 2021**
Versión	**ENERO 2021 - 1,21**
ID de Proceso	**94974-502248**
No. de documento	**53481**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	EMILSE BARBOSA LUZ	**C.C.**	28.902.148	**IP/Nº de contacto**	325
Correo electrónico contratista:	lebarbosa@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 ?**		NO	
Banco al cual consignar:	BANCO COOMEVA S.A.	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		130101029001	
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:	2218314/2021			**Nº Compromiso SIIF**		**5021**	
Valor Total del Contrato	$ 48.723.120	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 45.114.000	**2**	**Del**	**01/03/2021**	**Al**	**31/03/2021**	**$ 4.511.400,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 40.602.600		Comisiones			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

SERVICIOS PERSONALES INDIRECTOS: CO1.PCCNTR.2218314, PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LOS USUARIOS DE LOS CENTROS DE DESARROLLO EMPRESARIAL Y LA GESTIÓN DE PROYECTOS ESPECIALES, A LA REGIONAL, DE ACUERDO LOS LINEAMIE

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.511.400	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	**$ 4.511.400**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.659.395**	**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	----------	**9417125162**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.804.560	$ 1.443.648
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 225.600	$ 180.500
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 288.800	$ 231.000
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 9.500	$ 7.600
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	$ 451.140	
Salud hasta $ 580.928	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 886.465	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.659.395,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.997.000,00	
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 - 7010	13.990,00	0,350%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Bomberos	839,00	6,000%
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	**$ 4.496.571,00**	

SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL QUINIENTOS SETENTA Y UN PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Gestionar las acciones requeridas para el cumplimiento de los Lineamientos Estratégicos, objetivos y metas establecidos por la Coordi
Diseñar, gestionar y hacer seguimiento al plan de Acción individual formulado con base en los Lineamientos entregados por la Coordina
Cumplir las metas asignadas estableciendo las acciones requeridas para lograr su ejecución
Registrar de manera confiable, oportuna y con calidad la información referente al desarrollo de sus servicios en las plataformas tec
Asesorar a los emprendedores en las diferentes etapas establecidas para la creación de empresas tales como: orientación, entrenamiento
Realizar acompañamiento y seguimiento, en la puesta en marcha de las empresas creadas con recursos del Fondo Emprender u otras fuente
Acompañar a los Clientes del Centro de Desarrollo Empresarial SENA que lo requieran en sus procesos de Fortalecimiento Empresarial b
Dar cumplimiento a los lineamientos emitidos por la Coordinación Nacional y Regional en lo que respecta al uso eficiente en el proces
Acompañar la gestión del enlace regional para la consolidación de alianzas estratégicas que permitan el acceso de los empresarios

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.

EMILSE BARBOSA LUZ
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,

MARIANA ANDREA CASTRILLON MEDINA
PROFESIONAL G02

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

LEANDRO VERA ROJAS
DIRECTOR REGIONAL (E)

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, marzo 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:

C.C.	**10007884155**	**VALENTINA BETANCOURTH BARBOSA**	**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: LUZ EMILCE BARBOSA
C.C. 28.9021.148

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
t"er' cioN uvioHxr c+ ercisrso civil

NUIP TZA0255403
000914

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 30420991

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 6018

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

COLOMBIA TOLIMA IBAGUE (REG-IBAGUE)

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
BETANCOURTH	BARBOSA

Nombre(s)

DINA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
2000 Mes SEP Día 14	FEMENINO		

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

BIA TOLIMA IBAGUE

CERTIF NACIDO VIVO A2272863

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

BARBOSA LUZ EMILCE

Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad

C C 28,902,148 DE RIOBLANCO-TOLIMA | COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

ATIVO GREGORIO ALFONSO

Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad

C C 14,243,528 DE IBAGUE-TOLIMA | COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

BARBOSA LUZ EMILCE

Documento de identificación (Clase y número) | Firma

C C 28,902,148 DE RIOBLANCO-TOLIMA

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número) | Firma

Fecha de inscripción

Año 2000 Mes OCT Día 18

Nombre y firma del funcionario que autorizo

Nombre ilegible

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

ESPACIO PARA NOTAS

Enmendado NUIP TZA0255403 , si vale .

AIAS NAS C. D SANCHEZ O.

cFgq{ i r'es'Es lms

27 OCT 2003

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 28902148		BARBOSA LUZ EMILCE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 93 7 sur - 90 apt 208	IBAGUE-TOLIMA	2622919	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2021-02	2021-02	69112086	9417125162	I	2021/03/10	2021/03/03	BANCO DE OCCIDENTE	0	$419,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,443,648	$231,000			$1,443,648	$180,500			$0	$0			$1,443,648	$7,600		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,443,648	$231,000			$1,443,648	$180,500			$0	$0			$1,443,648	$7,600		$0	$0
Ciudad: IBAGUE Depto: TOLIMA (1 Afiliados)						$1,443,648	$231,000			$1,443,648	$180,500			$0	$0			$1,443,648	$7,600		$0	$0
1	CC	28902148	BARBOSA LUZ	230301	30	$1,443,648	$231,000	EPS002	30	$1,443,648	$180,500		0	$0	$0	14-23	30	$1,443,648	$7,600	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,443,648	$231,000			$1,443,648	$180,500			$0	$0			$1,443,648	$7,600		$0	$0

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 28902148		BARBOSA LUZ EMILCE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 93 7 sur - 90 apt 208	IBAGUE-TOLIMA	2622919	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-02	2021-02	69112086	9417125162	I	2021/03/10	2021/03/03	BANCO DE OCCIDENTE	0	$419,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$231,000	$0	$0	$231,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$231,000	$0	$0	$231,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,600	$0	$0	$7,600
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$7,600	$0	$0	$7,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$180,500	$0	$0	$180,500
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$180,500	$0	$0	$180,500
TOTAL				**1**	**$419,100**	**$0**	**$0**	**$419,100**