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 FP
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	**Abril de 2021**
Versión	**ENERO 2021 - 1,21**
ID de Proceso	**18220-186611**
No. de documento	**54556**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	ELEONORA HERNANDEZ GOMEZ	**C.C.**	33.817.884	**IP/Nº de contacto**	62847
Correo electrónico contratista:	ehernandezg@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**		6934784675	
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:	2140508/2021			**Nº Compromiso SIIF**		**1021**	
Valor Total del Contrato	$ 29.304.530	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 23.103.861	**4**	**Del**	**01/04/2021**	**Al**	**30/04/2021**	**$ 2.548.220,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 20.555.641		Comisiones			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

SERVICIOS PERSONALES: PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN LA COORDINACIÓN ACADÉMICA Y ADMINISTRACIÓN EDUCATIVA DEL CENTRO PARA EL DESARROLLO TECNOLÓGICO DE LA CONSTRUCCIÓN Y LA INDUSTRIA DE LA REGIONAL QUINDÍO EN ACTIVIDADES RELACIONADAS

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.548.220		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	**$ 2.548.220**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.502.099**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Abril	**Marzo**
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**9418182638**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.019.288	$ 1.019.288
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 127.500	$ 127.500
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 163.100	$ 163.100
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 5.400	$ 5.400
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	$ 254.822	
Salud hasta $ 580.928	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 500.700	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	1.502.099,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	2.257.620,00	
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	**$ 2.548.220,00**	

SON: DOS MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

El contratista en desarrollo de sus funciones cumplio con las obligaciones
actividades relacionadas con actualizacion de datos como Agente GAE
programacion de grupos de formacion titulada y complementaria
respuesta a solicitudes realizadas a traves de portal SENA correspondiente a certificaciones de estudio
actualización o corrección de datos

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.

ELEONORA HERNANDEZ GOMEZ
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,

NANCY ELENA QUIROZ LOPEZ
PROFESIONAL G03

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

HENRY ALFONSO ZAMORA ANTIA
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 33817884		HERNANDEZ GOMEZ ELEONORA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 24 No. 46-16	CALARCA-QUINDIO	7502226	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-03	2021-03	948515421	9418182638	I	2021/04/22	2021/04/07	BANCOLOMBIA	0	$264,000

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
1	CC	33817884	HERNANDEZ GOMEZ ELEONORA	25-14	30	$909,000	$145,500	EPS010	30	$909,000	$113,700		0	$0	$0	14-23	30	$909,000	$4,800	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					**$909,000**	**$145,500**			**$909,000**	**$113,700**			**$0**	**$0**			**$909,000**	**$4,800**		**$0**	**$0**

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$145,500	$0	$0	$145,500
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$145,500	$0	$0	$145,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$4,800	$0	$0	$4,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$4,800	$0	$0	$4,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$113,700	$0	$0	$113,700
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$113,700	$0	$0	$113,700
TOTAL				1	$264,000	$0	$0	$264,000

2021/04/07 02:43 PM

Comprobante

de pago en línea

APORTES EN LINEA

Pago realizado por: ELEONORA HERNANDEZ GOMEZ

Nro. de recibo: 9418182638

Descripción del pago: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9418182638

Identificación del contribuyente: 181.48.9.101

Concepto: CC

Razón Social: 33817884

Fecha y hora de la transacción: Miércoles 7 de Abril de 2021 02:27:11 PM

Nro. de comprobante: 0000002711

Valor pagado: $ 264,000.00

Cuenta: *******4675

Bancolombia S.A.

Comuníquese con nuestra Sucursal Telefónica Bancolombia: Bogotá 343 0000 - Medellín 510 9000 - Cali 554 0505 - Barranquilla 361 8888 - Cartagena 693 4400 - Bucaramanga 697 2525 - Pereira 340 1213 - El resto del país 01 800 09 12345 - Sucursales Telefónicas en el exterior: España 900 995 717 - Estados Unidos 1866 379 9714, en caso de recibir una alerta o notificación de una transacción que presenta alguna irregularidad.

Bancolombia nunca le solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com

Armenia abril/2021

Señores
Grupo Administración de Salarios (para funcionarios de Digeneral)
Grupo de Apoyo Administrativo Mixto (para las Regionales)
Servicio Nacional de Aprendizaje SENA
Ciudad.

Asunto: Solicitud deducible retención en 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**
Ocampo Hernandez Santiago	**1092853963**	1-Hijo menor 18 años

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,

Eleonora Hernandez Gomez

CC. 33.817.884 de Calarcá

Anexo: Relación de documentos que anexa el trabajador.

- Registro civil de nacimiento

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

135

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1092853963.-

Indicativo Serial 32777554

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
	X	05				50 1 1

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

COLOMBIA QUINDIO ARMENIA.-X-X-X

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
OCAMPO.-X-X-X-X-X-X-X-X-X-X-	HERNANDEZ.-X-X-X-X-X-X-X-X-X-X-X

Nombre(s)

SANTIAGO.-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 nacimiento			Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2009	Mes ENE	Día 14	MASCULINO	A	POSITIVO

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

COLOMBIA QUINDIO ARMENIA.-X-X-X-X

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO DR SANTANA	51114351-7 - - - -

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

HERNANDEZ GOMEZ ELEONORA.-X-X-X-X-X-X-X-X-X-

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC Nº 33.817.884 DE CALARCA QUINDIO	COLOMBIANA.-X-X-X-X

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

OCAMPO OROZCO JORGE IVAN.-X-X-X-X-X-X-X-X-

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC Nº 18.395.085 de CALARCA QUINDIO	COLOMBIANA.-X-X-X-X

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

HERNANDEZ GOMEZ ELEONORA.-X-X-X-X-X-X-X-X

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC Nº 33.817.884 de CALARCA QUINDIO.-X-X-X-X-X-X	Eleonora Hernandez Gomez

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

!X!X!X!X!X!X!X!X!X! !S SX!X!X!X!X!X!X!X!

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
!X!X!X!X!X!X!X!X!	!X!X!X!X!X!X!X!X!

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

!X!X!X!X!X!X!X!X!X! !X!X!X!X!X!X!X!X!X!X!

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
!X!X!X!X!X!X!X!X!	!X!X!X!X!X!X!X!X!

REPUBLICA DE COLOMBIA

Fecha de inscripción			Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2009	Mes ENE	Día 21	DR. CARLOS ALBERTO MEJIA MEJIA.-X-X-X-X-X-X

CARLOS ALBERTO MEJIA MEJIA

Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

NOTARIA QUINTA ARMENIA QUINDIO

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Copia en cartón

32777554

IMPRESO POR PANAMERICANA FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800.175.457-6

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 33817884		HERNANDEZ GOMEZ ELEONORA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 24 No. 46-16	CALARCA-QUINDIO	7502226	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-03	2021-03	949342995	9418455121	N	2021/04/22	2021/04/08	BANCOLOMBIA	0	$32,100

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
1	CC	33817884	HERNANDEZ GOMEZ ELEONORA	25-14	30	($909,000)	($145,500)	EPS010	30	($909,000)	($113,700)		0	$0	$0	14-23	30	($909,000)	($4,800)	0	$0	$0
2	CC	33817884	HERNANDEZ GOMEZ ELEONORA	25-14	30	$1,020,000	$163,200	EPS010	30	$1,020,000	$127,500		0	$0	$0	14-23	30	$1,020,000	$5,400	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					**$111,000**	**$17,700**			**$111,000**	**$13,800**			**$0**	**$0**			**$111,000**	**$600**		**$0**	**$0**

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$17,700	$0	$0	$17,700
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$17,700	$0	$0	$17,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$600	$0	$0	$600
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$600	$0	$0	$600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$13,800	$0	$0	$13,800
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$13,800	$0	$0	$13,800
TOTAL				1	$32,100	$0	$0	$32,100