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	**Abril de 2021**
Versión	**ENERO 2021 - 1,21**
ID de Proceso	**60962-592424**
No. de documento	**54825**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	VERONICA SALDARRIAGA GARRO	**C.C.**	24.587.820	**IP/Nº de contacto**	62711
Correo electrónico contratista:	vsaldarriagac@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**		75653498217	
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:	2338132/2021			**Nº Compromiso SIIF**		**13821**	
Valor Total del Contrato	$ 35.315.267	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 32.774.600	**2**	**Del**	**01/04/2021**	**Al**	**30/04/2021**	**$ 3.811.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 28.963.600		Comisiones			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: PRESTACION DE SERVICIOS ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA EN LA MODALIDAD PRESENCIAL Y/O VIRTUAL _NIS_2021-02-065657

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.811.000	Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°		1,60%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo		$ 60.404
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 2.540.667			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 6.351.667**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 3.767.175**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**		**$ 60.404**

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

	Abril	**Marzo**
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**4385086154**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.524.400	$ 1.016.267
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 190.600	$ 127.100
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 244.000	$ 162.700
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 8.000	$ 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	$ 145.400	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 113.600	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 4.800	
Dependientes hasta $ 1.161.856	$ 635.167	
Salud hasta $ 580.928	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 1.255.725	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	3.767.175,00	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	60.404,00	1,60%
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	**$ 3.750.596,00**	

SON: TRES MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA MIL QUINIENTOS NOVENTA Y SEIS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ejecute la formación profesional integral de acuerdo con el diseño curricular y proyecto formativo de los programas relacionados con mi perfil.
Aplique según la modalidad y nivel de formación, estrategias de enseñanza, aprendizaje, seguimiento y evaluación de acuerdo a los lineamientos pedagógicos y metodológicos de la entidad.
Acate los lineamientos del Sistema Integrado de Gestión y el Sistema de Seguridad de Salud en el Trabajo
Mantuve mi autonomía e independencia en la ejecución del contrato,
Se desarrolla formación titulada en las fichas: 2254187, 2248937, 2104607, 2254773, 2254184, 2254189, 2254188, 2233771 y 2233752.
Se realiza Pago Mensual de Planilla de seguridad social N° 4385086154 expedida por Nueva EPS yPositiva correspondiente al mes de Marzo
Las demás que sean necesarias para el cabal cumplimiento del objeto contractual

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.

VERONICA SALDARRIAGA GARRO
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

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI | Pago de Seguridad Social

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	24587820
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			VERONICA SALDARRIAGA GARRO
CIUDAD/MUNICIPIO:	ARMENIA	DEPARTAMENTO:	QUINDIO
DIRECCIÓN:	CRA 6 9-49 MZ C 5	TELÉFONO:	7777777
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:		4385086154	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):		2021/04/07	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			9994631038

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	$ 162.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 162.700	$ 0	$ 162.700
SUBTOTALES:										$ 162.700	$ 0	$ 162.700

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	$ 127.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 127.100	$ 0	$ 0	$ 127.100
SUBTOTALES:													$ 127.100	$ 0	$ 0	$ 127.100

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	$ 5.400	$ 5.400	$ 0	$ 0	$ 5.400
SUBTOTALES:									$ 5.400	$ 0	$ 0	$ 5.400

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF43	CCF43-COMFENALCO QUINDIO	1	$ 20.400	$ 0	$ 20.400
SUBTOTALES:			$ 20.400	$ 0	$ 20.400

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

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
1	CC 24587820	SALDARRIAGA GARRO VERONICA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.480.000				NO								01-30									

SEGURIDAD SOCIAL – PENSIÓN

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
1	230201-PROTECCION	30	$ 1.016.266	$ 162.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 162.700

SEGURIDAD SOCIAL – SALUD

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE
1	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.016.266	$ 127.100	$ 0	$ 127.100

SEGURIDAD SOCIAL – ARP

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
1	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.016.266	24587820	$ 5.400

PARAFISCALES

Nº	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	30	$ 1.016.266	CCF43-COMFENALCO QUINDIO	$ 20.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 315.600

Planilla Pagada

SOI

Planilla Pagada

EMPRESA: EFECTIVO LTDA.
NIT.830.131.993-1
Calle 96 No. 12-55 Bogota

ORDEN DE SERVICIO

No OS: 9026302732 DV: 430415

Cajero: VALEOSOL

Cliente beneficiario:
110263 PILA RECAUDO

Fecha: 07/04/2021 15:42:03

PS Recaudador:
993034 SOLUCIONES LA 15

Cantidad cupones: 1

Identificacion: 24587820

Nombre: VERONICA
Apellido 1: SALDARRIAGA
Apellido 2: GARZO
TIPO DOCUMENTO: CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO: 3127608365
Codigo Planilla: 4385086154
Periodo Pago: 2021/03
Valor Comision: 0
Valor Iva Comision: 0

Referencia	Valor
24587820	$315.600.00

Valor recibido: $315.600,00
Forma de pago: EFECTIVO

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Con la solicitud y aceptacion de mi parte, de la prestacion de este servicio, entiendase que manifiesto verbalmente mi autorizacion para el tratamiento de los datos personales que voluntariamente he entregado a Efectivo Ltda., Estos datos pueden ser utilizados unica y exclusivamente para la prestacion del servicio convenido.
Linea de servicio al cliente: (1) 6510101
servicioalcliente@efecty.com.co
www.efecty.com.co

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Bogotá, Abril 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.	**1092854294**	**Samuel Londoño Saldarriaga**	**HIJO**
T.I	**1092852407**	**Federico Londoño Saldarriaga**	**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: Verónica Saldarriaga Garro

C.C. 24587820

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

36

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1092852407

Indicativo Serial 35630023

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 05 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 5011

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

COLOMBIA / QUINDIO / ARMENIA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
LONDOÑO	SALDARRIAGA

Nombre(s): FEDERICO

Fecha de nacimiento: Año 2006 Mes OCT Día 04

Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
MASCULINO	"O"	POSITIVO

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

COLOMBIA / QUINDIO / ARMENIA

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	A. 7254463

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: SALDARRIAGA GARRO VERONICA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 24.587.820 de Calarcá	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: LONDOÑO OSPINA JORGE HUMBERTO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 7.538.469 de Armenia	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: SALDARRIAGA GARRO VERONICA

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. No. 24.587.820 de Calarcá	

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

Año 2006 Mes OCT Día 20

Nombre y firma del funcionario que autoriza

Dr. CARLOS ALBERTO MEJIA MEJIA

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

7538469 Armenia

JORGE HUMBERTO LONDOÑO OSPINA

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Dr. CARLOS ALBERTO MEJIA MEJIA

Nombre y Firma

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO VARIOS TOMO 18 FOLIO # 067

NOTARIA 5ª. ARMENIA Q.

EL PRESENTE REGISTRO CIVIL OBRANTE AL

I.S. 35630023 TOMO 36 DE 2006

ES VALIDO PARA pasaporte

SOLICITADO POR Jorge Humberto Londoño.

CON C.C. 7.538.469 DE Armenia

QUIEN PARA CONSTANCIA FIRMA.

Art 115 dcto 1260/70

16 ABR. 2008

CARLOS ALBERTO MEJIA MEJIA
NOTARIO 5o. ARMENIA Q.

Este Registro Civil ó Certificado tiene VALIDEZ PERMANENTE

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Escaneado con CamScanner

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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1092854294

Indicativo Serial 32777935

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 05 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 5011

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

COLOMBIA QUINDIO ARMENIA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
LONDOÑO	SALDARRIAGA

Nombre(s)
SAMUEL

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2009 Mes AGO Día 20	MASCULINO	"O"	POSITIVO

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

COLOMBIA QUINDIO ARMENIA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO Dr. SCHRODR	51394300 - 2

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: SALDARRIAGA GARRO VERONICA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 24.587.820 DE CALARCA	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: LONDOÑO OSPINA JORGE HUMBERTO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 7.538.469 DE ARMENIA	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: LONDOÑO OSPINA JORGE HUMBERTO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. No. 7.538.469 DE ARMENIA	

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 2009 Mes AGO Día 28	Dr. OSCAR GRAJALES VANEGAS V. Nombre y NOTARIO

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

ESPACIO PARA NOTAS

NOTARIA 5ª ARMENIA QUINDIO

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

IMPRESO POR PANAMERICANA FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800.175.457-5

Escaneado con CamScanner