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**
**CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS-TOLIMA**
**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** | **931010** |
| **Fecha Elaboración** | **Mayo de 2021** |
| **Versión** | **ENERO 2021 - 1,21** |
| **ID de Proceso** | **14623-769358** |
| **No. de documento** | **74945** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | XIOMARA ORTIZ TRUJILLO | **C.C.** | 65.799.764 | **IP/Nº de contacto** | 3167040055 |
| **Correo electrónico contratista:** | xortiz@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:** | BANCO CAJA SOCIAL | **Tipo de cta** | AHORROS | **Nº Cuenta** | | 24059433963 | |
| **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:** | 2229603/2021 | | | **Nº Compromiso SIIF** | **13021** | |
| **Valor Total del Contrato** | $ 37.830.000 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 31.200.000 | **3** | **Del** | **01/04/2021** | **Al** | **30/04/2021** | **$ 3.900.000,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 27.300.000 | | Comisiones | | | $ 0,00 | |

**OBJETO CONTRACTUAL:**
(Descripciòn del servicio prestado)

Contratar la prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión para impartir formación en las diferentes áreas del Programa de Articulación con la Media Técnica (Contabilización de operaciones comerciales y financieras) del Centro de Comercio y Servicios en la vigencia 2021.

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 3.900.000 | | 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** | **$ 3.900.000** | | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 2.299.050** | | **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** | ---------- | **1037315091** | Valor Base retención en la fuente | 2.299.050,00 | TARIFA |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 1.560.000 | $ 1.560.000 | Valor Base retención en la fuente ICA | 3.455.400,00 | |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 195.000 | $ 195.000 | Valor base IVA | 0,00 | |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 249.600 | $ 249.600 | 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 I | $ 8.200 | $ 8.200 | Menos Retencion IVA | 0,00 | 15% |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias | $ - | | Reteica - 8542 | 10.366,00 | 0,300% |
| 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 | $ - | | Bomberos | 622,00 | 6,000% |
| 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 | $ 390.000 | | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Salud hasta $ 580.928 | $ - | | | | |
| Renta Exenta 25% $ 8.713.920 | $ 766.350 | | Descuentos de Libranza | 0,00 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | | Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| | | | **VALOR A PAGAR** | **$ 3.889.012,00** | |

**SON: TRES MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL DOCE PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Impartí formación profesional integral, en el Técnico en Contabilización de Operaciones Comerciales y Financieras, 133100 v1, de articulación con la Media Técnica, con las siguientes fichas: 2064942-2274458-2274577-2274312-2274611-2274457-2274612. De las Instituciones Educativas a Cargo del Municipio de Ibagué. Realice los Comité de seguimiento con las Instituciones Educativas a cargo, desde las plataformas remotas virtuales (zoom, Microsoft Teams). Desarrollé las competencias: 21303022. Reconocer recursos financieros de acuerdo con metodología y normativa, para los grados 10 y 11. Resultados de Aprendizajes:Identificar la estructura empresarial, normativa laboral, comercial, contable financiera y tributaria, de acuerdo con el tipo de organización grados 10. Reconocer Activos, Según Criterios de Medición, Procedimiento Técnico y Normativa grados 11.Actividades desarrolladas en las formaciones que se impartieron desde casa en Ibagué, con la utilización de herramientas tecnológicas como Google meet, Micorsof Oficce, Zoom. Realicé el pago de Seguridad social correspondiente al mes respectivo.

**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.

**XIOMARA ORTIZ TRUJILLO**
**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,

**OMAR BARRAGAN CAICEDO**
**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**

**ALVARO FREDY BERMUDEZ SALAZAR**
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02**

## Información de la Planilla Pagada

| | |
|---|---|
| **Nit de comercio Operador de Información** | 900097333-9 |
| **Razón Social del Operador de Información** | SIMPLE S.A. |
| **Descripción** | Pago de SuAporte |
| **Fecha** | 2021-04-21, 04:07:17 PM |
| **Periodo de Cotización Otros Riesgos** | marzo de 2021 |
| **Periodo de Cotización Para Salud** | marzo de 2021 |
| **Empresa** | XIOMARA ORTIZ TRUJILLO |
| **CEDULA CIUDADANIA** | CC 65799764 |
| **Código Sucursal (Nombre)** | ( ) |
| **Referencia de Pago/ Número Planilla** | 1037315091 |
| **Tipo de Planilla** | I |
| **Número Transacción Bancaria/ CUS** | 964420584 |
| **Banco** | (1032) - BANCO CAJA SOCIAL |
| **Valor** | $ 452.800 |
| **Estado de la Transacción** | Aprobada |
| **Dirección IP de Origen** | 10.0.19.58 |

| Nit | Código | Administradora | Número Afiliados | Valor sin Mora | Total Intéreses Mora |
|---|---|---|---|---|---|
| N800224808 | 230301 | PORVENIR | 1 | $ 249.600 | $ 0 |
| N901037916 | MIN002 | ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS SS ADRES | 1 | $ 195.000 | $ 0 |
| N860011153 | 14-23 | ARP - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS | 1 | $ 8.200 | $ 0 |
| | | | | | |
| | | **SubTotales:** | | $ 452.800 | $ 0 |
| | | **Total a Pagar:** | | | $ 452.800 |



**Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!**

**SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.**

**Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.**

¡El Poder de lo SIMPLE!

*CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS*

Ibagué, 30 de 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 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.** | **1110451799** | **MARIA FERNANDA GUZMAN ORTIZ** | **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: Xiomara Ortiz Trujillo

C.C. 65.799.764 Purificación (Tolima).

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

**NUIP** 1.110.481.799

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 152696147

*Datos de la oficina de registro - Clase de oficina*

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** T Z A

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

REGISTRADURIA DE IBAGUE -- COLOMBIA - TOLIMA - IBAGUE

*Datos del inscrito*

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| GUZMAN | ORTIZ |

Nombre(s): MARIA FERNANDA

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2004 Mes SEP Día 16 | FEMENINO | | |

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento c/o Inspección): COLOMBIA TOLIMA IBAGUE

| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| SENTENCIA JUDICIAL | RAD:2015-0473 |

*Datos de la madre*

Apellidos y nombres completos: ORTIZ TRUJILLO XIOMARA

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 65.799.764 | COLOMBIA |

*Datos del padre*

Apellidos y nombres completos: GUZMAN GARCIA DIEGO FERNANDO

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 93.632.877 | COLOMBIA |

*Datos del declarante*

Apellidos y nombres completos: GUZMAN GARCIA DIEGO FERNANDO

| Documento de Identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| CC 93.632.877 | FIRMADO POR LA PARTE |

*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 2017 Mes MAY Día 25 | LUIYEN BARRERO SALAZAR - REGISTRA<br>Nombre y firma |

| *Reconocimiento paterno* | *Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento* |
|---|---|
| FIRMADO RECONOCIMIENTO EN SENTENCIA JUDICIAL<br>Firma | LUIYEN BARRERO SALAZAR<br>Nombre y firma |

**ESPACIO PARA NOTAS**

25 MAY 2017 - SERIAL REEMPLAZA A - 0036963472 - 22.OCT.2004. ANOTADO EN LIBRO DE VARIOS TOMO 29 FOLIO 0119..

Registraduría del Estado Civil
IBAGUÉ - TOLIMA

* 52696147 *

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -