

 <p>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</p>	DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES)		Código Regional	68
	REGIONAL SANTANDER		Código Centro	954610
	CENTRO DE GESTION AGROEMPRESARIAL DEL ORIENTE-EMPRENDE RURAL		Fecha Elaboración	26 de Abril de 2021
	Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Versión	ENERO 2021 - 1,21
	Resolución DIAN N° 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)		ID de Proceso	02761-265489
			No. de documento	76663

DATOS DEL CONTRATISTA			
Nombres y apellidos contratista:	MAGDA LILIANA SANTOYO ARIZA	C.C.	63.438.582
Correo electrónico contratista:	mlisa@misena.edu.co	IP/N° de contacto	3114884910
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	SI	Inducción SST	SI
		Presta Servicios Excluidos de IVA ?	SI
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA	Tipo de cta	AHORROS
		N° Cuenta	32926433261
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			
N° del contrato:	2337827/2021	N° Compromiso SIIF	18921
Valor Total del Contrato	\$ 35.786.667	N° Pago	2
Saldo Anterior del Contrato	\$ 33.834.667	Periodo objeto de pago	Del 01/04/2021 Al 30/04/2021
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 29.930.667	Comisiones	\$ 0,00
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR TÉCNICO Y APOYO A LA GESTIÓN DEL EMPRENDIMIENTO Y/O LA EMPLEABILIDAD RURAL, EN LA MODALIDAD PRESENCIAL Y/O A DISTANCIA, ENMARCADAS EN LOS LINEAMIENTOS DEL PROGRAMA SENA EMPRENDE RURAL SER.	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Ingresos por honorarios	\$ 3.904.000	Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°	0,89%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 32.246
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 1.952.000	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 5.856.000	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 32.246
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 3.618.974		

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR			
N° Planilla PILA, o, N° Radicación pago SS	Abril	Marzo	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.561.600	\$ 908.526	Valor Base retención en la fuente 3.618.974,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 195.200	\$ 113.600	Valor Base retención en la fuente ICA 3.458.900,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 249.900	\$ 145.400	Valor base IVA 0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00
ARL II	\$ 16.400	\$ 9.500	Menos Retención en la Fuente 32.246,00
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -		Menos Retención IVA 0,00
Aportes voluntarios a cuentas AFC	\$ -		Reteica - 8543 6.918,00
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.522.064	\$ -		0,200%
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.630.800	\$ -		Otras Retenciones 0,00
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 1		0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 1		0,000%
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 1		0,000%
Dependientes hasta \$ 1.161.856	\$ 585.600		0,000%
Salud hasta \$ 580.928	\$ -		0,00
Renta Exenta 25% \$ 8.713.920	\$ 1.206.325		0,00
Retención en la Fuente Contingente \$ -			VALOR A PAGAR \$ 3.864.836,00

SON: TRES MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y SEIS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO	
ESTUDIAR LA FACTIBILIDAD DEL PROYECTO CON BASE EN INFORMACIÓN DEL ENTORNO	Ficha 2312423 del 22 al 28 de abril de 8 a 16 horas Total 56 horas
Diagnosticar y seleccionar las especies a trabajar de acuerdo a las condiciones ambientales	Fichas 2297458 y 2298874 del 5 al 8 de abril total 32 Horas y del 12 al 15 de abril de 8 a 16 horas total 32 horas
ORGANIZAR PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS PORCINAS DE ACUERDO CON EL DIAGNÓSTICO Y LA NORMATIVIDAD	2309152 Del 17 al 21 de abril de 8 a 16 horas Total 40 horas
TOTAL 160 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.	MAGDA LILIANA SANTOYO ARIZA EL CONTRATISTA
--	---

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO	
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí 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, OSCAR YESID VEGA FONTECHA 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

OSCAR ALFONSO PEÑA AMAYA
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 63438582
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	MAGDA LILIANA SANTOYO ARIZA	
CIUDAD/MUNICIPIO:	VELEZ DEPARTAMENTO:	SANTANDER
DIRECCIÓN:	CARRERA 3 N 11-70	TÉLEFONO: 7563056
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:	7787765849	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: marzo	PERIODO COTIZACIÓN MES: marzo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2021	SALUD: AÑO: 2021
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2021/04/23	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 966320208

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 249.900
SUBTOTAL:			1	\$ 249.900
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900156264	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	\$ 195.200
SUBTOTAL:			1	\$ 195.200
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	\$ 16.400
SUBTOTAL:			1	\$ 16.400

TOTAL PAGADO:	\$ 461.500
---------------	------------

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Vélez, 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.	1101757784	Isabella Monsalve Santoyo	HIJO
------	------------	---------------------------	------

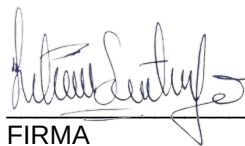
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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: Magda Liliana santoyo Ariza

C.C. 63438582

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

NUIP 1.101.757.784

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo 50615467
Serial

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒	Notaría ☐	Número <input type="text"/>	Consulado ☐	Corregimiento ☐	Inspección de Policía ☐	Código <input type="text"/>
---	----------------------------------	-----------------------------	------------------------------------	--	--	-----------------------------

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía

REGISTRADURÍA DE VELEZ - COLOMBIA - SANTANDER - VELEZ

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido		
MONSALVE	SANTOYO		
Nombre(s)			
LISABELLA			
Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2011 Mes MAY Día 20	FEMENINO		POSITIVO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección)			
COLOMBIA SANTANDER VELEZ			

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	52863432-0

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos	
SANTOYO ARIZA MAGDA LILIANA	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 63.438.652	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos	
MONSALVE LOPEZ JAIME ALONSO	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 13.850.250	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos	Firma
MONSALVE LOPEZ JAIME ALONSO	
Documento de identificación (Clase y número)	
CC 13.850.250	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos	Firma
Documento de identificación (Clase y número)	

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos	Firma
Documento de identificación (Clase y número)	

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2011 Mes JUN Día 27	
	Nombre y firma



- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -