

 <p>DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES) REGIONAL QUINDÍO</p> <p>CENTRO PARA EL DESARROLLO TECNOLÓGICO DE LA CONSTRUCCIÓN Y LA INDUSTRIA - QUINDÍO-</p> <p>Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1 Resolución DIAN N° 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)</p>	Código Regional	63
	Código Centro	923110
	Fecha Elaboración	Junio de 2021
	Versión	ENERO 2021 - 1,21
	ID de Proceso	08508-479253
	No. de documento	111263

DATOS DEL CONTRATISTA			
Nombres y apellidos contratista:	OSCAR EDUARDO TRUJILLO TABARES	C.C.	9.770.071
Correo electrónico contratista:	osetrujillot@sena.edu.co	IP/N° de contacto	62962
Régimen del IVA:	☐ NO RESPONSABLE	Pertenece al régimen simple de tributación?	☐ NO
	☐ Es declarante de renta?	☐ NO	☐ Es Pensionado?
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
	N° Cuenta	06900079557	
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:	2392413/2021	N° Compromiso SIIF	18121
Valor Total del Contrato	\$ 32.266.467	N ° Pago	3
Saldo Anterior del Contrato	\$ 25.279.634	Periodo objeto de pago	Del 01/06/2021 Al 30/06/2021
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 21.468.634	Comisiones	\$ 0,00

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	INSTRUCTOR: PRESTACION DE SERVICIOS ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA EN LA MODALIDAD PRESENCIAL Y/O VIRTUAL _NIS_2021-02-084144		
---	---	--	--

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Ingresos por honorarios	\$ 3.811.000	Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 3.811.000	Menos, ReteFuente Otros Ingresos	\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 2.246.475	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR			
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	Junio	Mayo	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.524.400	\$ 1.524.400	Valor Base retención en la fuente 2.246.475,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 190.600	\$ 190.600	Valor Base retención en la fuente ICA 3.376.400,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 244.000	\$ 244.000	Valor base IVA 0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00
ARL	\$ 8.000	\$ 8.000	Menos Retención en la Fuente 0,00
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -		Menos Retención IVA 0,00
Aportes voluntarios a cuentas AFC	\$ -		Reteica - 8299 0,00
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.522.064	\$ -		0,00%
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.630.800	\$ -		Otras Retenciones 0,00
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones 0,00
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones 0,00
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones 0,00
Dependientes hasta \$ 1.161.856	\$ 381.100		Descuentos de Libranza 0,00
Salud hasta \$ 580.928	\$ -		Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00
Renta Exenta 25% \$ 8.713.920	\$ 748.825		VALOR A PAGAR \$ 3.811.000,00
Retención en la Fuente Contingente	\$ -		

SON: TRES MILLONES OCHOCIENTOS ONCE MIL PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO	
<p>Actividades desarrolladas durante el periodo objeto de pago</p> <p>Formación a todas las fichas asignadas</p> <p>Desarrollar actividades Como guías de aprendizaje para los programas y cursos complementarios asignados</p> <p>Acatar los lineamientos del Sistema Integrado de Gestión y el Sistema de calificados para Seguridad de Salud en el Trabajo</p> <p>Mantener autonomía e independencia en el cumplimiento del contrato</p> <p>Cumplir con el total de de horas conforme a las horas académicas impartidas e incluyendo el desarrollo de actividades</p> <p>Cumplir con los lineamientos en la ejecución del contrato conforme al aplicativo CompromISO</p>	

<p>PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:</p> <p>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.</p>	<p>OSCAR EDUARDO TRUJILLO TABARES EL CONTRATISTA</p>
---	--

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO	
<p>En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:</p> <p>1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;</p> <p>2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;</p> <p>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.</p>	<p>Autorizo el presente pago. El Supervisor,</p> <p>GERMAN DARIO HERNANDEZ TORRES INSTRUCTOR</p>

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



PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACIÓN
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2021-06-03, 03:58:34 PM

Tipo Planilla:

N: PLANILLA CORRECCIONES

Número Planilla: 1038201667

Nro Planilla Corregida: 1037358498

Periodo Cotización:

mayo de 2021

Periodo Servicio:

mayo de 2021

PAGADO 03/06/2021

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	OSCAR EDUARDO TRUJILLO TABARES			Dirección	CL 13 #16 - 36 CENTRO
Documento	CC9770071			Teléfono	3186626927
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE			Forma Presentación	ÚNICO
Tipo Persona	NATURAL			Departamento	QUINDIO
Ciudad	ARMENIA			Identificación	
Representante Legal				ARP	POSITIVA DE SEGUROS
Total Afiliados	1				

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales			Total				
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	PAE	TAP	VSP	COP	VT	SLN	NOE	LMA	VAC	APP	VCT	IBP	IBP	IBP	Tarifa	IBC	Aporte Salud	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Administradora	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total	
CC 9770071	OSCAR EDUARDO TRUJILLO TABARES	59	00								A								0	30	30	0	(230301) PORVENIR	\$ 908.525	\$ 145.400	(EPS005) EPS SANITAS	\$ 908.525	\$ 113.600	0,522	\$ 908.525	\$ 4.800	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 263.800
CC 9770071	OSCAR EDUARDO TRUJILLO TABARES	59	00								C								0	30	30	0	(230301) PORVENIR	\$ 2.433.925	\$ 389.500	(EPS005) EPS SANITAS	\$ 2.433.925	\$ 304.300	0,522	\$ 2.433.925	\$ 12.800	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 705.000

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 1.525.400	\$ 1.525.400	\$ 1.525.400	\$ 0	\$ 244.100	\$ 190.700	\$ 8.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 442.800	\$ 0	\$ 442.800

Página 1 de 1

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!

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

¡El Poder
de lo SIMPLE!

Transacción Aprobada

Su planilla ha sido enviada y pagada con éxito. Por favor imprima este comprobante como soporte del envío y pago de su planilla.



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	2021-06-03, 03:52:41 PM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	mayo de 2021
Periodo de Cotización Para Salud	mayo de 2021
Empresa	OSCAR EDUARDO TRUJILLO TABARES
CEDULA CIUDADANIA	CC 9770071
Código Sucursal (Nombre)	()
Referencia de Pago/ Número Planilla	1038201667
Tipo de Planilla	N
Número Transacción Bancaria/ CUS	1012041826
Banco	(1013) - BANCO BBVA COLOMBIA S.A.
Valor	\$ 442.800
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	www.simple.co

NIT	Código	Administradora	Numero Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N800224808	230301	PORVENIR	1	\$ 244.100	\$ 0
N800251440	EPS005	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.	1	\$ 190.700	\$ 0
N800011153	14-23	ARP - POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	1	\$ 8.000	\$ 0
SubTotales:				\$ 442.800	\$ 0
Total a Pagar:					\$ 442.800

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

Armenia, 03 de Junio de 2021

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIAJE (SENA)

Ciudad- Armenia

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 párrafo 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:

NUIP - NIP	1091889663	Valeria Alexandra Trujillo Cadena	HIJO
------------	------------	-----------------------------------	------

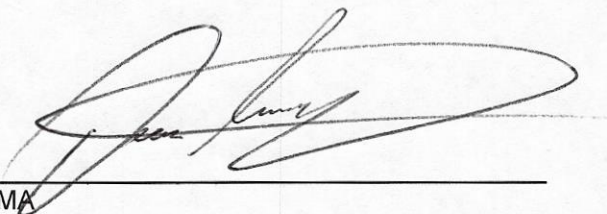
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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: Oscar Eduardo Trujillo Tabares

C.C. 9.770.071 de Armenia



**REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL**
**REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO**

Indicativo
Serial

58346721

NUIP

1091889663

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐	Notaría ☒	Número <input type="text" value="03"/>	Consulado ☐	Corregimiento ☐	Inspección de Policía ☐	Código	N	3	Z
--	---	--	------------------------------------	--	--	--------	---	---	---

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

COLOMBIA

QUINDIO

ARMENIA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
***** TRUJILLO *****	***** CADENA *****

Nombre(s)

***** VALERIA ALEXANDRA *****

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año <input type="text" value="2020"/> Mes <input type="text" value="D I C"/> Día <input type="text" value="07"/>	FEMENINO	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 NACIDO VIVO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS *****	162037679

Datos de madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

CADENA PALACIO MARY LUZ *****

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

C.C. 34.571.995 DE POPAYAN *****

COLOMBIANA

Datos de padre o madre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

TRUJILLO TABARES OSCAR EDUARDO *****

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

C.C. 9.770.071 DE ARMENIA *****

COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

TRUJILLO TABARES OSCAR EDUARDO *****

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

C.C. 9.770.071 DE ARMENIA *****

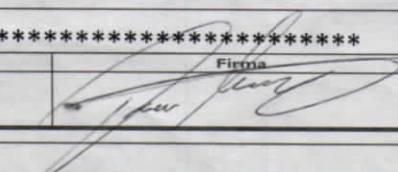
Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

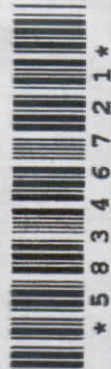
Documento de identificación (Clase y número)

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año <input type="text" value="2020"/> Mes <input type="text" value="D I C"/> Día <input type="text" value="11"/>	 CAROLINA GIRALDO ALVARADO NOTARIA TERCERA DE ARMENIA (E)

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -





REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial 58346721

NUIP 1091889663

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría ☒	Número 03	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código N 3 Z
---------------	---	-----------	-----------	---------------	-----------------------	--------------

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

COLOMBIA QUINDIO ARMENIA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido		
***** TRUJILLO *****	***** CADENA *****		
Nombre(s)			
***** VALERIA ALEXANDRA *****			
Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2020 Mes D I C Día 07	FEMENINO	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 NACIDO VIVO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS *****	***** 162037679

Datos de madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

CADENA PALACIO MARY LUZ *****

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 34.571.995 DE POPAYAN *****	COLOMBIANA

Datos de padre o madre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

TRUJILLO TABARES OSCAR EDUARDO *****

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 9.770.071 DE ARMENIA *****	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

TRUJILLO TABARES OSCAR EDUARDO *****

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. 9.770.071 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 2020 Mes D I C Día 11	CAROLINA GONZÁLEZ ALVARADO NOTARIA TERCERA DE ARMENIA (E)

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
 Firma	CAROLINA GONZÁLEZ ALVARADO NOTARIA TERCERA DE ARMENIA (E)

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS TOMO 21 FOLIO 095 No se toman huellas plantares del menor, teniendo en cuenta lo preceptuado en la CIRCULAR CONJUNTA No.037 del 27 de marzo de 2020, emanada de la Registraduría Nacional del Estado Civil.

11 DIC 2020



- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -



COMO NOTARIA TERCERA (E) DEL CÍRCULO DE ARMENIA GUINDÍO, DOY FE QUE LA PRESENTE
FOTOCOPIA ESTA TOMADA DE SU ORIGINAL QUE REPOSA EN ESTA NOTARIA.

BAJO EL FOLIO: _____ TOMO: _____
SERIAL: 58346721 CON FECHA DE INSCRIPCIÓN: _____
11-12-2020 SE EXPIDE PARA: *hamits.*
legales. A SOLICITUD DE: _____
oscar eduardo Trujillo Tabares.
IDENTIFICADO CON C.C. No. 9770071
NOTARÍA TERCERA Carolina Giraldo Alencastro
NOTARIA(E)

11 DIC 2020



ESPACIO EN BLANCO