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	**Noviembre de 2021**
Versión	**JUNIO 2021 - 3,21**
ID de Proceso	**39420-792900**
No. de documento	**288816**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	OSCAR EDUARDO TRUJILLO TABARES	**C.C.**	9.770.071	**IP/Nº de contacto**	62962
Correo electrónico contratista:	osetrujillot@sena.edu.co				

Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Pertenece al régimen simple de tributación?**	NO	**Es declarante de renta?**	NO	**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**		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

Nº del contrato:	2392413/2021			**Nº Compromiso SIIF**		**18121**	
Valor Total del Contrato	$ 32.266.467	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 6.224.634	**8**	**Del**	**01/11/2021**	**Al**	**30/11/2021**	**$ 3.811.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 2.413.634		Legalización comisiones del periodo			$ 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_2021-02-084144

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.811.000	Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°		0,00%
		Retencion 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

	Noviembre	**Octubre**
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**1040978242**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.524.400	$ 1.524.400
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 190.600	$ 190.600
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 244.000	$ 244.000
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 8.000	$ 8.000
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	$ 381.100	
Salud hasta $ 580.928	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 748.825	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.246.475,00	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	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	**$ 3.811.000,00**	

SON: TRES MILLONES OCHOCIENTOS ONCE MIL PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

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

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.

OSCAR EDUARDO TRUJILLO TABARES
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,

CLARA MARIA GARCIA CRUZ
COORDINADORA ACADÉMICA

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 | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2021-11-17, 01:44:12 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1040978242

Periodo Cotización: octubre de 2021 **Periodo Servicio:** octubre de 2021

PAGADO 17/11/2021

I. DATOS DEL APORTANTE

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

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RETP	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días ARP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	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																		0	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 1.525.400	$ 244.100	(EPS005) EPS SANITAS	$ 1.525.400	$ 190.700	0,522	$ 1.525.400	$ 8.000	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 442.800

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

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!

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

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	2021-11-17, 01:41:36 PM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	octubre de 2021
Periodo de Cotización Para Salud	octubre de 2021
Empresa	OSCAR EDUARDO TRUJILLO TABARES
CEDULA CIUDADANIA	CC 9770071
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1040978242
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	1207551765
Banco	(1007) - BANCOLOMBIA
Valor	$ 442.800
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.0.19.58

Nit	Código	Administradora	Número 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
N860011153	14-23	ARP - POSITIVA COMPANIA 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 APREDIZAJE (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 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:

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

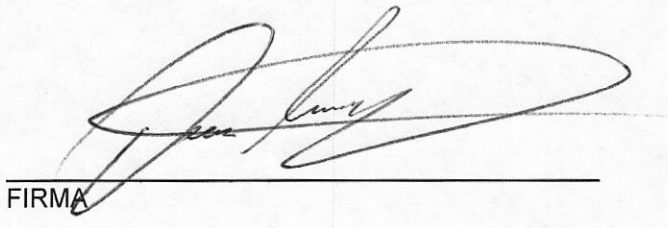
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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

NUIP 1091889663

Indicativo Serial 58346721

58346721

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
☐	X	03	☐	☐	☐	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 DIC 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 DIC Día 11	NOTARIA (E) ARMENIA Q. CAROLINA GIRALDO ALVARADO NOTARIA TERCERA DE ARMENIA (E)

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Imp. por DITAR S.A. PBX: (57-1)3133001. Bogotá - para IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA.

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1091889663

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 58346721

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
☐	X	03	☐	☐	☐	N3Z

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 DIC 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 DIC Día 11	NOTARIA (E) CAROLINA GIRALDO ALVARADO NOTARIA TERCERA DE ARMENIA (E)

Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
Firma	NOTARIA (E) CAROLINA GIRALDO 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 CONJUNTANo.037 del 27 de marzo de 2020, emanada de la Registraduría Nacional del Estado Civil.

11 DIC 2020

NOTARIA TERCERA NOTARIA (E) ARMENIA Q. Carolina Giraldo Alvarado

NOTARIA TERCERA NOTARIA (E) ARMENIA Q. Carolina Giraldo Alvarado

5834672 1

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Impreso por DATAM S.A. PBX: (57) (1) 4092727 para IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA

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

BAJO EL FOLIO: _____ TOMO: _____

SERIAL: 5834672 COM FECHA DE INSCRIPCIÓN: 11-12-2020

SE EXPIDE PARA: Tramites legales.

A SOLICITUD DE: Oscar Eduardo Trujillo Tobares.

IDENTIFICADO CON C.C. No. 9770-71

NOTARÍA TERCERA

Carolina Giraldo Alvarado
NOTARIA(E)

11 DIC 2020

NOTARIA TERCERA
NOTARIA (E)
ARMENIA Q.
Carolina Giraldo Alvarado

COPIA FIEL DEL ORIGINAL