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 CUNDINAMARCA
CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL-CUNDINAMARCA - SERVICIOS PRESTADOS A LA FO
Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1
Resolución DIAN Nº 18764024257695 autoriza desde 360,001 hasta 750,000 (Enero 18 de 2022)

Código Regional	**25**
Código Centro	**951310**
Fecha Elaboración	**Junio de 2022**
Versión	**MAYO 2022 - 2,22**
ID de Proceso	**76477-678607**
No. de documento	**475561**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	EMILIA DEL SOCORRO GUTIERREZ QUINTERO	**C.C.**	25.231.597	**IP/Nº de contacto**	3186424317
Correo electrónico contratista:	edgutierrez@sena.edu.co				

Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Pertenece al régimen simple de tributación?**	NO	**Es declarante de renta?**	NO	**Es Pensionado?**	SI
Sus ingresos en el 2021 fueron iguales o superiores	NO	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**		NO	
Banco al cual consignar:	DAVIVIENDA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		004100187683	
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 2022 supera los $ 125'413.200**		NO			

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato:	3381007/2022			**Nº Compromiso SIIF**		**7722**	
Valor Total del Contrato	$ 39.975.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 23.052.250	**6**	**Del**	**01/06/2022**	**Al**	**30/06/2022**	**$ 3.997.500,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 19.054.750		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL PROGRAMADA POR EL CENTRO DE DESARROLLO AGROEMPRESARIAL EN LA RED DE CONOCIMIENTO SALUD, EN EL ÁREA TEMÁTICA DE APOYO TERAPÉUTICO Y REHABILITACIÓN.

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.997.500	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	**$ 3.997.500**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.848.200**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**		**$ 0**

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

	Junio	**Mayo**
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**5163057071**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.599.000	$ 1.599.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 199.900	$ 199.900
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 0	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL III	$ 39.000	$ 39.000
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 $ 3.800.400	$ -	
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 $ 1.216.128	$ -	
Salud hasta $ 608.064	$ -	
Renta Exenta 25% $ 9.120.960	$ 949.400	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.848.200,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.797.600,00	
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	30.381,00	0,800%
-	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	**$ 3.967.119,00**	

SON: TRES MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y SIETE MIL CIENTO DIECINUEVE PESOS M/CTE

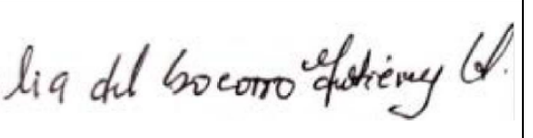
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

-PRACTICA CLINICA FICHAS: 2396917 "TECNICO EN ENFERMERIA" HOSPITAL: SAN ANTONIO DE CHIA: 80 HORAS

-PRACTICA CLINICA FICHAS: 2396918 "TECNICO EN ENFERMERIA" HOSPITAL: SAN ANTONIO DE CHIA: 80 HORAS

TOTAL HORAS EJECUTADAS EN EL MES DE JUNIO 22: 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.



EMILIA DEL SOCORRO GUTIERREZ QUINTERO
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,

SOLEDAD DEL ROSARIO DE LA CRUZ HERNANDEZ
INSTRUCTOR G13

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

LEONORA BARRAGAN BEDOYA
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	25231597
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			EMILIA DEL SOCORRO GUTIERREZ QUINTERO
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CL 86 95D - 03 BL B9 AP 410	TELÉFONO:	4764299
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:	**5163057071**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	mayo	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	mayo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2022	SALUD:	AÑO:	2022
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2022/06/08	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		0645639554

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
830003564	EPS017	EPS017-FAMISANAR	1	$ 200.000
SUBTOTAL:			1	**$ 200.000**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 39.000
SUBTOTAL:			1	**$ 39.000**

TOTAL PAGADO:	**$ 239.000**

Planilla Pagada SOI

547

30
4208014031498400

BOGOTÁ, 21 de agosto de 2018

Señor(a)
EMILIA DEL SOCORRO GUTIERREZ QUINTERO
emilia_gutierrez_quintero@yahoo.com
78 1/4

Ref. Rad. Porvenir. N.A.
Solicitud por: VEJEZ
CC: 25.231.597
Afiliado: EMILIA DEL SOCORRO GUTIERREZ QUINTERO
T.N. N.A
COR - BEN

Reciba un saludo cordial.

En esta oportunidad nos complace comunicarle que su solicitud de pensión de vejez ha sido **APROBADA**.

Para nosotros el bienestar de nuestros afiliados y la tranquilidad de sus familias son fundamental; por ese motivo trabajamos día a día en ofrecer alternativas que les brinden más beneficios, encaminadas a mejorar su calidad de vida.

Una alternativa que cumple con este propósito es que el pago de su pensión se realice a través de la **modalidad de renta vitalicia.** Bajo esta modalidad, el monto de su mesada pensional se incrementará cada año con base en el Índice de Precios al Consumidor (IPC) certificado por el DANE[1]. Si el monto de la pensión equivale a un salario mínimo, se ajustará anualmente con el valor del salario mínimo que el Gobierno Nacional establezca.

La contratación de la renta vitalicia, se puede dar por alguna de las siguientes situaciones:

1. Porque usted nos solicitó una cotización ante una compañía de seguros de vida y posteriormente nos autorizó para realizar la contratación de una Póliza de Renta Vitalicia[2].

2. Como medida preventiva las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP) deben revisar permanentemente que el capital del pensionado sea suficiente para pagarle por lo menos una mesada pensional del salario mínimo, por lo que tienen la facultad de contratar una Renta Vitalicia para mitigar dicho riesgo y de esta forma garantizar el incremento con IPC de sus mesadas[3].

Teniendo en cuenta que usted cumple con una de las dos condiciones, se llevó a cabo la cotización y contratación de una Póliza de Renta Vitalicia para el pago de su pensión, con **la Compañía de Seguros de Vida Alfa S.A.** Lo invitamos a ingresar a la página www.segurosalfa.com.co para conocer información más detallada de esta entidad.

1 Departamento Administrativo Nacional de Estadística.
2 Artículo 80 de la Ley 100 de 1993 Renta Vitalicia Inmediata - Decreto 719 de 1994.
3 Art. 81 Ley 100 de 1993, Reajuste mesadas y artículo 8 del Decreto 832 de 1994, control de saldos.

78 2/4

Por lo anterior, Seguros de Vida Alfa iniciará el pago de sus mesadas antes del día 30 de Agosto de 2018, una vez usted haya radicado ante esta aseguradora los siguientes documentos:

- Formato **"Autorización de abono en cuenta bancaria de mesadas pensionales"** (se encuentra adjunto a esta comunicación), mediante el cual autoriza a Seguros de Vida Alfa S.A. a consignar su mesada pensional en la cuenta bancaria a su nombre. Adjunto a este formato debe anexar certificación bancaria o un documento en el cual se visualice el número de su cuenta bancaria con el fin de evitar inconvenientes al momento del pago. Es importante que este formato este completamente diligenciado.

- Certificación Bancaria.

- **Copia de la afiliación como pensionado a la EPS con el sello de radicado:** para esto debe dirigirse a su EPS y efectuar la actualización de la afiliación como pensionado a nombre de la aseguradora quien efectuará el pago **Seguros de Vida Alfa S.A NIT 860.503.617**.

- Formato diligenciado: **"Anexo de Pago de Mesada Pensional"** (se encuentra adjunto a esta comunicación) mediante el cual se formaliza el contrato entre Seguros de Vida Alfa S.A y usted como pensionado.

- Fotocopia legible de la cédula, ampliada al 150%.

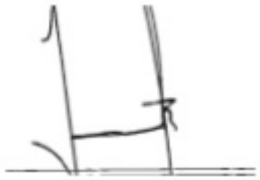
Una vez cuente con la documentación solicitada le agradecemos la radique en Seguros de Vida Alfa, en cualquiera de las siguientes oficinas:

- Bogotá en la Av. Calle 26 No. 59 - 15 local 6 y 7.
- Medellín en la Carrera 43A No. 9 Sur – 91 Oficina 10-02 Centro de Negocios Las Villas.
- Cali en la Carrera 4 No. 7 - 61 Piso 5 Edificio Banco de Occidente.
- Cartagena en la Calle del Arsenal No. 9A - 09 L - 4 Getsemaní.

Es importante resaltar que el primer pago de la pensión por parte de Seguros de Vida Alfa, solo se realizará hasta tanto se entregue la totalidad de la documentación requerida.

Tenga la tranquilidad que lo acompañaremos en este proceso; si presenta alguna inquietud al respecto, lo invitamos a comunicarse con Seguros de Vida Alfa S.A. a la línea gratuita nacional 018000122532 o en Bogotá al número telefónico 3077032, opción 1.

Cordialmente,



LEONARDO REINOSO RENGIFO
Dirección de Servicio al Pensionado
LRR/Yenny T.
C.C. EXP. 199093
FTC-H0184

Sociedad Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantías Porvenir S.A.
Nit 800.144.331-3
www.porvenir.com.co

Grupo AVAL Filial de

CP-397457

seguros de vida alfa s.a.

SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.

NIT 860503617-3

CERTIFICA QUE

El(a) señor(a) **GUTIERREZ QUINTERO EMILIA DEL SOCORRO** identificado(a) con **CÉDULA** No.**25231597** es beneficiario(a) de una Póliza de Renta Vitalicia por **VEJEZ**, expedida en el mes de **Agosto** de **2018** .

Actualmente, **GUTIERREZ QUINTERO EMILIA DEL SOCORRO** tiene derecho a recibir **MILLON DE PESOS($1,000,000.00 MCTE.),** equivalente a un **100%** del valor total de la pensión, y recibe **13** mesadas durante el año, al cual aplicamos los descuentos a que haya lugar según la normatividad vigente para este tipo de pólizas y los adicionales debidamente autorizados por el beneficiario.

Para atender requerimientos e inquietudes tenemos habilitados los siguientes canales de comunicación: Línea Alfa en Bogotá al 3077032 o en el resto del país la línea nacional 01 8000 12 25 32, correo electrónico servicio al cliente: servicioalcliente@segurosalfa.com.co, la página web www.segurosalfa.com.co opción Contáctenos y la Oficina de Atención al Cliente en Bogotá o en las sucursales de Cali, Cartagena, Medellín.

Esta certificación se expide a solicitud de Seguros de Vida Alfa s.a. en Bogotá a los 18 días del mes de Enero del año 2022

Dirección de Rentas Vitalicias.

Renta:99794

******* INFORMACIÓN CONFIDENCIAL *******
******* FIN DEL DOCUMENTO *******