

 <p>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</p>	<p align="center">DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES)</p> <p align="center">REGIONAL SANTANDER</p> <p align="center">DESPACHO REGIONAL-APORTES</p>		<p>Código Regional 68</p> <p>Código Centro 101068</p> <p>Fecha Elaboración 18 de Junio de 2021</p> <p>Versión JUNIO 2021 - 3,21</p> <p>ID de Proceso 81433-267192</p> <p>No. de documento 128687</p>
	<p>Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1</p> <p>Resolución DIAN N° 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)</p>		
	<p align="center">DATOS DEL CONTRATISTA</p>		
	<p>Nombres y apellidos contratista: CAROLINA RODRIGUEZ GONZALEZ</p> <p>Correo electrónico contratista: carolinarg@sena.edu.co</p> <p>C.C. 63.529.511 IP/N° de contacto 0</p> <p>Régimen del IVA: ☐ NO RESPONSABLE Pertenece al régimen simple de tributación? ☐ NO Es declarante de renta? ☐ NO Es Pensionado? ☐ NO</p> <p>Sus ingresos en el 2020 Superaron \$49'849.000 ☐ NO Inducción SST ☐ SI Presta Servicios Excluidos de IVA ? ☐ NO</p> <p>Banco al cual consignar: BANCO DE BOGOTA Tipo de cta AHORROS N° Cuenta 600302640</p> <p>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</p>		
	<p align="center">DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO</p>		
<p>N° del contrato: 2133473/2021</p> <p>Valor Total del Contrato \$ 26.574.000 N ° Pago 6 Periodo objeto de pago Del 01/06/2021 Al 30/06/2021 Valor Bruto Pago \$ 2.317.500,00</p> <p>Saldo Anterior del Contrato \$ 16.222.500</p> <p>Nuevo Saldo del Contrato \$ 13.905.000 Legalización comisiones del periodo \$ 0,00</p>		<p>N° Compromiso SIIF 2921</p>	
<p>OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)</p>		<p>SERVICIOS PERSONALES: SERVICIOS DE APOYO PARA DAR SOPORTE A LOS REQUERIMIENTOS RELACIONADOS CON EL CANAL PRESENCIAL CRM PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA DE SERVICIO AL CIUDADANO A NIVEL REGIONAL PLAZO 11 MESES Y 14 DÍAS VALOR MENSUAL \$2.317.500</p>	
<p align="center">RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO</p>			
<p>Ingresos por honorarios \$ 2.317.500</p> <p>Ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ 0</p> <p>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO \$ 2.317.500</p> <p>BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 1.539.900</p>		<p>Tarifa de Retención en la Fuente ART 383° Retención en la Fuente del Periodo 0,00% \$ 0</p> <p>Menos, Retefuente Otros Ingresos \$ 0</p> <p>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO \$ 0</p>	
<p align="center">LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR</p>			
<p>N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS 7790906739</p> <p>Ingreso Base de Cotización - IBC \$ 927.000</p> <p>Aporte obligatorio a seguridad social salud \$ 115.900</p> <p>Aporte obligatorio a seguridad social Pensión \$ 148.400</p> <p>Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional \$ -</p> <p>ARL \$ 4.900</p> <p>Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias \$ -</p> <p>Aportes voluntarios a cuentas AFC \$ -</p> <p>Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.522.064 \$ -</p> <p>Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.630.800 \$ -</p> <p>Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ -</p> <p>Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ -</p> <p>Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ -</p> <p>Dependientes hasta \$ 1.161.856 \$ -</p> <p>Salud hasta \$ 580.928 \$ -</p> <p>Renta Exenta 25% \$ 8.713.920 \$ 513.300</p> <p>Retención en la Fuente Contingente \$ -</p>		<p>Valor Base retención en la fuente 1.539.900,00</p> <p>Valor Base retención en la fuente ICA 2.053.200,00</p> <p>Valor base IVA 0,00</p> <p>IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00 19%</p> <p>Menos Retención en la Fuente 0,00 0,00%</p> <p>Menos Retención IVA 0,00 15%</p> <p>Reteica - 8299 0,00 0,000%</p> <p>Otras Retenciones 0,00 0,000%</p> <p>Otras Retenciones 0,00 0,000%</p> <p>Otras Retenciones 0,00 0,000%</p> <p>Otras Retenciones 0,00 0,000%</p> <p>Descuentos de Libranza 0,00</p> <p>Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00</p> <p>VALOR A PAGAR \$ 2.317.500,00</p>	
<p align="center">SON: DOS MILLONES TRESCIENTOS DIECISIETE MIL QUINIENTOS PESOS M/CTE</p>			
<p align="center">ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO</p>			
<p>Atender y valorar las necesidades y peticiones de los usuarios SENA y de los ciudadanos en general</p> <p>Considerar las necesidades institucionales y expectativas de los usuarios SENA al diseñar proyectos o servicios.</p> <p>Dar respuesta oportuna a las necesidades de los usuarios SENA de conformidad con el servicio que ofrece la entidad</p> <p>Establecer diferentes canales de comunicación con el usuario SENA para conocer sus necesidades, expectativas y propuestas.</p> <p>Mantener actualizada la información de responsables de la Dirección Regional, Subdirección de Centro y Coordinadores de áreas o grupos en CRM.</p> <p>Atender oportunamente los informes que se solicite la Coordinación Nacional de Servicio al Ciudadano</p> <p>Dar soporte a los usuarios finales sobre el uso de la herramienta CRM, así mismo apoyar la gestión del cambio a nivel regional sobre la herramienta CRM, potencializando su uso.</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 align="right">CAROLINA RODRIGUEZ GONZALEZ EL CONTRATISTA</p>	
<p align="center">CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>			
<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 align="right">Autorizo el presente pago. El Supervisor,</p>	
		<p align="right">JUAN CARLOS HERNANDEZ VEGA PROFESIONAL G02</p>	
<p align="center">Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:</p> <p align="center">EL ORDENADOR DEL PAGO</p>			
<p align="center">ORLANDO ARIZA ARIZA DIRECTOR REGIONAL A G08</p>			

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE										DATOS GENERALES DE LA PLANILLA									
TIPO IDENTIFICACIÓN:		CEDULA DE CIUDADANIA		NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:		63529511		NÚMERO PLANILLA:		7790906739		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES					
NOMBRE Ó RAZON SOCIAL:		BUCARAMANGA		DEPARTAMENTO:		CAROLINA RODRIGUEZ GONZALEZ RODRIGUEZ GONZALEZ		PERIODO COTIZACIÓN OTROS		MES		mayo AÑO		2021					
CIUDAD/MUNICIPIO:		CL 58 DIG 15-36 PUERTA MAYOR T1 APTO 401		TELÉFONO:		6964866		DÍAS DE MORA:		0		PERIODO COTIZACIÓN SALUD:		MES					
DIRECCIÓN:		02-INDEPENDIENTE		CLASE APORTANTE:		I-INDEPENDIENTE		FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2021/06/16		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1025098141					
TIPO APORTANTE:		PRIVADA		ACTIVIDAD ECONOMICA:		Educación de universidades.													
TIPO EMPRESA:		ÚNICO																	
FORMA DE PRESENTACIÓN:																			
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):										NO									

TOTAL APORTES A PENSIÓN												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	\$ 148.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 148.400	\$ 0	\$ 148.400
SUBTOTALES:										\$ 148.400	\$ 0	\$ 148.400