

 <p>DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES) REGIONAL CALDAS</p> <p>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE ENTRO DE PROCESOS INDUSTRIALES Y CONSTRUCCION - CALDAS - SERVICIOS PRESTADOS A LA F</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	17
	Código Centro	922010
	Fecha Elaboración	Setiembre de 2021
	Versión	JUNIO 2021 - 3,21
	ID de Proceso	45518-538220
	No. de documento	217410

DATOS DEL CONTRATISTA			
Nombres y apellidos contratista:	ANGELA PATRICIA MUÑOZ ALVARADO	C.C.	41.933.186
Correo electrónico contratista:	apmunoz@sena.edu.co	IP/N° de contacto	3135180441
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:	BANCO DE OCCIDENTE	Tipo de cta	AHORROS
	N° Cuenta	031208226	
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:	2245834/2021	N° Compromiso SIIF	5321
Valor Total del Contrato	\$ 39.000.000	N° Pago	8
Saldo Anterior del Contrato	\$ 13.130.000	Periodo objeto de pago	Del 01/09/2021 Al 30/09/2021
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 9.230.000	Legalización comisiones del periodo	\$ 0,00
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	INSTRUCTOR: PRESTAR TEMPORALMENTE SERVICIOS PROFESIONALES, COMO INSTRUCTOR, PERÍODO FIJO, PARA EJECUTAR ACCIONES DE FORMACIÓN PROFESIONAL, PRESENCIALES O VIRTUALES, APOYAR EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES DE FORMACIÓN, ÁREA FORMACIÓN VIRTUAL "INGLÉS".		

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Ingresos por honorarios	\$ 3.900.000	Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°	0,00%
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 3.900.000	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 2.299.050	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	Setiembre	Agosto	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.560.000	\$ 1.560.000	Valor Base retención en la fuente 2.299.050,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 195.000	\$ 195.000	Valor Base retención en la fuente ICA 3.455.400,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 249.600	\$ 249.600	Valor base IVA 0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00
ARL	\$ 8.200	\$ 8.200	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 12.785,00
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.522.064	\$ -		0,370%
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	\$ 390.000		Descuentos de Libranza 0,00
Salud hasta \$ 580.928	\$ -		Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00
Renta Exenta 25% \$ 8.713.920	\$ 766.350		VALOR A PAGAR \$ 3.887.215,00
Retención en la Fuente Contingente	\$ -		

SON: TRES MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS QUINCE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO	
<p>En la plataforma se motiva a lo(a)s aprendices a que realicen el sondeo de conocimientos previos, este es en línea</p> <p>Orientar acciones de formación virtual complementaria en las siguientes acciones: •Acción de Formación English Dot Works 1 ficha: 23</p> <p>Orientar acciones de formación virtual complementaria en las siguientes acciones: •. Acción de Formación English Dot Works 1 ficha:</p> <p>Se emitieron los juicios evaluativos de las fichas EDW1 2398173 EDW1 2398187 EDW2 2398186 EDW3 2398197</p> <p>En la plataforma se encuentra en la semilla de cada curso el Manual de convivencia y el reglamento del(la) aprendiz</p> <p>Se emitieron los juicios evaluativos de las fichas EDW1 2398173 EDW1 2398187 EDW2 2398186 EDW3 2398197</p>	

PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:	
<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>ANGELA PATRICIA MUÑOZ ALVARADO 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>FERNANDO ARCINIEGAS CORDOBA INSTRUCTOR G09</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

VICTOR JERLIER CASTAÑO SANCHEZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

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
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 249.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 249.600	\$ 0	\$ 249.600
SUBTOTALES:										\$ 249.600	\$ 0	\$ 249.600

TOTAL APORTES A SALUD																
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS016	EPS016-COOMEVA S.A.	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 195.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 195.000	\$ 0	\$ 0	\$ 195.000
SUBTOTALES:									\$ 195.000				\$ 195.000	\$ 0	\$ 0	\$ 195.000

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 8.200	\$ 8.200	\$ 0	\$ 0	\$ 8.200
SUBTOTALES:									\$ 8.200	\$ 0	\$ 0	\$ 8.200

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																							
DATOS DEL COTIZANTE													NOVEDADES											SEGURIDAD SOCIAL														PARAFISCALES																	
Nº	IDENTIFICA CIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	PENSIÓN		APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
																														SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO																	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE				
1	CC 41933186	MUNOZ ALVARADO ANGELA PATRICIA	INDEPENDIE NTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		\$ 1.560.000			NO																		25-14 COLPENSI ONES	30	1.560.000	\$ 249.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 249.600	EPS016- COOMEVA S.A.	30	1.560.000	\$ 195.000	\$ 0	\$ 195.000	14-23- POSITIVA COMPAÑI A DE SEGUROS S.A.	30	1.560.000	\$ 41933186	\$ 8.200	\$ 0		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	

TOTAL	\$ 452.800
--------------	-------------------

EMPRESA: EFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1
Calle 96 No. 12-55 Bogotá

ORDEN DE SERVICIO

No OS: 9106604893 DU: 511103
Cajero: ARACSEVE

Cliente beneficiario:
110263 PILA RECAUDO

Fecha: 16/09/2021 08:51:29

PS Recaudador:
908916 SERVICIOS LA 40

Cantidad cupones: 1
Identificación: 41933186

Nombre: ANGELA PATRICIA
Apellido 1: MUÑOZ
Apellido 2: ALVARADO
Tipo Documento: CEDULA DE CIUDADANIA
Telefono: 315180443
Codigo Planilla: 173231472
Periodo Pago: 2021/08
Valor Comision: 0
Valor Iva Comision: 0
Referencia: Valor
41933186 \$452.800,00

Valor recibido: \$452.800,00
Forma de pago: EFECTIVO

Aplica condiciones particulares con el
cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico
soporte valido para atender cualquier
reclamacion.

Con la solicitud y aceptacion de mi
parte, de la prestacion de este
servicio, entiendo que manifiesto
verbalmente mi autorizacion para el
tratamiento de los datos personales que
voluntariamente he entregado a Efectivo
Ltda. Estos datos pueden ser utilizados
unica y exclusivamente para la
prestacion del servicio convenido.

Linea de servicio al cliente: (1)

6510101
servicioalcliente@efecty.com.co
www.efecty.com.co

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Manizales, 30 de septiembre de 2021

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIAJE (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.	1094964907	María Paula Arboleda Muñoz	HIJO
T.I	1092461183	María Alejandra Arboleda Muñoz	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: Angela Patricia Muñoz Alvarado

C.C. 41933186

NO IMPRIMA ESTA HOJA ES SOLAMENTE DE CARÁCTER INFORMATIVO

REQUISITOS PARA DEDUCCIONES POR DEPENDIENTES

En el siguiente cuadro se relacionan los requisitos y documentos que se deben adjuntar para poder acceder al beneficio de disminución de retención en la fuente, por dependientes:

DEDUCCION	CONCEPTO	REQUISITOS
DEPENDIENTES	Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad.	Registro civil de nacimiento
	Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES ' o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.	Recibo de pago de matrícula de instituciones debidamente acreditadas
	Los hijos del contribuyente mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Medicina Legal
	El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal
	Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

H.F.M.
NUIP

1092461183

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial 50264317

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaria ☒ Número 04 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código N 4 Z

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

COLOMBIA / QUINDIO / ARMENIA

Datos del inscrito

Primer Apellido				Segundo Apellido			
ARBOLEDA				MUÑOZ			
Nombre(s)							
MARIA ALEJANDRA							
Fecha de nacimiento				Sexo (en letras)		Grupo sanguíneo	
Año	2	0	1	Mes	S	E	P
				Día	0	4	
				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 DE NACIDO VIVO	10086037-8

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos	
MUÑOZ ALVARADO ANGELA PATRICIA	
Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC. 41,933,186 DE ARMENIA	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos	
ARBOLEDA OSORIO JULIO CESAR	
Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC. 6,498,578 DE TULUA	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos	
MUÑOZ ALVARADO ANGELA PATRICIA / B/ UNIVERSAL MZ 6 # 5 ARMENIA	
Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC. 41,933,186 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 2 0 1 0 Mes OCT Día 1 1	GILBERTO RAMIREZ ARCILA

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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



54744511

NUIP 1.094.964.907

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 54744511

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina							
Registraduría ☒	Notaría ☐	Número <input type="text"/>	Consulado ☐	Corregimiento ☐	Inspección de Policía ☐	Código	N 2 Y
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía							
REGISTRADURIA DE ARMENIA - COLOMBIA - QUINDIO - ARMENIA							

Datos del inscrito			
Primer Apellido		Segundo Apellido	
ARBOLEDA		MUNOZ	
Nombre(s)			
MARIA PAULA			
Fecha de nacimiento		Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo
Año 2015	Mes NOV	Día 03 FEMENINO	0
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)		Factor RH	
COLOMBIA QUINDIO ARMENIA		POSITIVO	

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	5231795395

Datos de la madre	
Apellidos y nombres completos	
MUNOZ ALVARADO ANGELA PATRICIA	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 41.933.186	COLOMBIA

Datos del padre	
Apellidos y nombres completos	
ARBOLEDA OSORIO JULIO CESAR	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 6.498.578	COLOMBIA

Datos del declarante	
Apellidos y nombres completos	
ARBOLEDA OSORIO JULIO CESAR	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 6.498.578	<i>Julio Cesar Arboleda O.</i>

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 015 Mes NOV Día 2	<i>Wilber Jesus Salas Tiron</i>
	Nombre y firma REGIST

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -