

 <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	Mayo de 2021
	Versión	ENERO 2021 - 1,21
	ID de Proceso	36244-744659
	No. de documento	100062

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?	NO
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	4
Saldo Anterior del Contrato	\$ 28.730.000	Periodo objeto de pago	Del 01/05/2021 Al 31/05/2021
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 24.830.000	Comisiones	\$ 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 Â€" 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 por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 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	Mayo	Abril	Valor Base retención en la fuente	2.299.050,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.560.000	\$ 1.560.000	Valor Base retención en la fuente ICA	3.455.400,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 195.000	\$ 195.000	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 249.600	\$ 249.600	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL	\$ 8.200	\$ 8.200	Menos Retención IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -		Reteica - 8299	12.785,00	0,370%
Aportes voluntarios a cuentas AFC	\$ -			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	0,000%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
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	
Se paga la seguridad social del respectivo mes (paz y salvo)	
Se generan juicios evaluativos a aprendices a las fichas: 2302609 EDW8 2301959 EDW BEGINNER 2301960 EDW BEGINNER 2302605 EDW BEGI	
Se realiza el registro, verificación y actualización de la información de la hoja de vida, contenido, monto y ejecución del contrato.	
Retroalimentación de las evidencias enviadas por los aprendices.	
Retroalimentación de evidencias en las diferentes actividades o resultados de aprendizaje	

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.	
ANGELA PATRICIA MUÑOZ ALVARADO EL CONTRATISTA	

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO	
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:	<u>Autorizo el presente pago.</u> El Supervisor,
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.	
FERNANDO ARCINIEGAS CORDOBA INSTRUCTOR G09	

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

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:		41933186		NÚMERO PLANILLA:		1731140439		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES					
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:		ARMENIA		DEPARTAMENTO:		ANGELA PATRICIA MUNOZ ALVARADO		PERIODO COTIZACIÓN OTROS		MES		PERIODO COTIZACIÓN SALUD:		MES					
CIUDAD/MUNICIPIO:		CRR 28 # 40 15 EL CORTIJO BLQ 3 APT 203		TELÉFONO:		QUINDIO		DÍAS DE MORA:		2021		abril AÑO		abril AÑO					
DIRECCIÓN:		02-INDEPENDIENTE		CLASE APORTANTE:		7356587		FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2021/05/10		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9995076778					
TIPO APORTANTE:		PRIVADA		ACTIVIDAD ECONOMICA:		I-INDEPENDIENTE													
TIPO EMPRESA:		ÚNICO		Actividades reguladoras y facilitadoras de la act															
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
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	\$ 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	PENSIÓN				SALUD				ARP				IBC	CCF					SENA	ICBF	ESAP	MINEDU							
																										ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP	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	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 41933186	MUÑOZ 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: 9042716609 DV: 217007

Cajero: ARACSEVE

Cliente beneficiario:
110263 PILA RECAUDO

Fecha: 10/05/2021 09:33:45

PS. Recaudador:
908916 SERVICIOS LA 40

Cantidad cupones: 1

Identificación: 41933186

Nombre: ANGELA PATRICIA

Apellido 1: MOND

Apellido 2: ALVARADO

Tipo Documento: CEDULA DE CIUDADANIA

Telefono: 3135180441

Código Planilla: 1731140439

Período Pago: 2021/04

Valor Comisión: 0

Valor Iva Comisión: 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 único

soporte válido para atender cualquier

reclamación.

Con la solicitud y aceptación de mi

parte, de la prestación de este

servicio, entienda que manifiesto

verbalmente a autorización para el

tratamiento de los datos personales que

voluntariamente he entregado a Efectivo

Ltda., Estos datos pueden ser utilizados

única y exclusivamente para la

prestación del servicio convenido.

Línea de servicio al cliente: (1)

6510101

servicioalcliente@efecty.com.co

www.efecty.com.co

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Manizales, 31 de mayo 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		Factor RH					
Año	2	0	1	0	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 2010 Mes OCT Día 11	GILBERTO RAMIREZ ARCILA

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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



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

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

Datos de la madre

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

Datos del padre

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

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos ARBOLEDA OSORIO JULIO CESAR	
Documento de identificación (Clase y número) CC 6.498.578	Firma <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 Año 2015 Mes NOV Día 02	Nombre y firma del funcionario que autoriza <i>Wilber Jesus Salas Tiron</i> NOMBRE Y FIRMA SALAS TIRON REGIST
---	---

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -