

 <p>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</p>	DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES)		Código Regional	5
	REGIONAL ANTIOQUIA		Código Centro	950410
	COMPLEJO TECNOLÓGICO AGROINDUSTRIAL, PECUARIO Y TURÍSTICO-ANTIOQUIA - SERVICIOS PRE		Fecha Elaboración	Agosto de 2021
	Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Versión	JUNIO 2021 - 3.21
	Resolución DIAN N° 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)		ID de Proceso	31253-735436
			No. de documento	174321

DATOS DEL CONTRATISTA			
Nombres y apellidos contratista:	LUZ MILENA ASTORQUIZA BEJARANO	C.C.	43.998.216
Correo electrónico contratista:	astorquiza14@hotmail.com	IP/N° de contacto	44224
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 ?	☐ NO
Banco al cual consignar:	BANCO DE BOGOTA	Tipo de cta	AHORROS
		N° Cuenta	620323733
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:	2663764/2021	N° Compromiso SIIF	120121
Valor Total del Contrato	\$ 20.020.000	N° Pago	2
Saldo Anterior del Contrato	\$ 17.810.000	Periodo objeto de pago	Del 01/08/2021 Al 31/08/2021
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 13.910.000	Legalización comisiones del periodo	\$ 0,00

OBJETO CONTRACTUAL:			
(Descripción del servicio prestado)		IMPARTIR FORMACION PROFESIONAL TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA EN LA RED DE CONOCIMIENTO DE GESTION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA (PRESENCIAL Y/O VIRTUAL) EN EL COMPLEJO TECNOLÓGICO AGROINDUSTRIAL, PECUARIO Y TURISTICO	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Ingresos por honorarios	\$ 3.900.000	Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°	0,04%
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 2.210.000	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 1.537
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 6.110.000	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 3.457.350	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 1.537

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR			
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	Agosto	Julio	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.560.000	\$ 908.526	Valor Base retención en la fuente 3.457.350,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 195.000	\$ 113.600	Valor Base retención en la fuente ICA 3.455.400,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 249.600	\$ 145.400	Valor base IVA 0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00
ARL	\$ 8.200	\$ 4.800	Menos Retención en la Fuente 1.537,00
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -		Menos Retención IVA 0,00
Aportes voluntarios a cuentas AFC	\$ -		Retenida - 8299 0,00
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.522.064	\$ -		Retenida - 8299 0,00
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.630.800	\$ -		Retenida - 8299 0,00
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 249.600		Jaime Isaza Cadavid 15.600,00
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 195.000		Otras Retenciones 0,00
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 8.200		Otras Retenciones 0,00
Dependientes hasta \$ 1.161.856	\$ 611.000		Otras Retenciones 0,00
Salud hasta \$ 580.928	\$ -		Descuentos de Libranza 0,00
Renta Exenta 25% \$ 8.713.920	\$ 1.152.450		Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00
Retención en la Fuente Contingente \$ -			VALOR A PAGAR \$ 3.882.863,00

SON: TRES MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS SESENTA Y TRES PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO	
Las actividades desarrolladas durante el mes, están reportadas en el informe de supervisión, anexo.	

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.	 LUZ MILENA ASTORQUIZA BEJARANO EL CONTRATISTA
--	--

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO	
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí 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, YANNY RIVAS LONDOÑO INSTRUCTOR G10

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

ELKIN HUMBERTO GRANADA JIMENEZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 43998216
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	LUZ MILENA ASTORQUIZA BEJARANO	
CIUDAD/MUNICIPIO:	MEDELLIN	DEPARTAMENTO: ANTIOQUIA
DIRECCIÓN:	CARRERA 84 43 11	TELÉFONO: 4926624
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:	4406288596	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: julio	PERIODO COTIZACIÓN MES: julio
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2021	SALUD: AÑO: 2021
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2021/08/10	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 9996269199

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	\$ 160.000
SUBTOTAL:			1	\$ 160.000
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800088702	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	\$ 125.000
SUBTOTAL:			1	\$ 125.000
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800226175	14-25	14-25-COLMENA	1	\$ 5.300
SUBTOTAL:			1	\$ 5.300

TOTAL PAGADO:	\$ 290.300
---------------	------------

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 43998216
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	LUZ MILENA ASTORQUIZA BEJARANO	
CIUDAD/MUNICIPIO:	MEDELLIN	DEPARTAMENTO: ANTIOQUIA
DIRECCIÓN:	CARRERA 84 43 11	TELÉFONO: 4926624
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:	4406485871	TIPO DE PLANILLA: N-CORRECCIONES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: julio	PERIODO COTIZACIÓN MES: julio
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2021	SALUD: AÑO: 2021
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2021/08/11	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 9996285830

NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	4406288596	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA: 2021/08/10
---------------------------------	------------	---

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	\$ 89.600
SUBTOTAL:			1	\$ 89.600
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800088702	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	\$ 70.000
SUBTOTAL:			1	\$ 70.000
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800226175	14-25	14-25-COLMENA	1	\$ 2.900
SUBTOTAL:			1	\$ 2.900

TOTAL PAGADO:	\$ 162.500
---------------	------------

Correo: Milena Astorquiza - Outl

outlook.live.com/mail/0/sentitems/id/AQMkADAwATYwMAItODgAZDQtZjZiZC0wMAItMDAKAEYAAANLQqVm1wLxSJUOqflsEx2BwCCE%2FoBCrwbQJL%2FdODE8pVLAACAQkAAACCE%2FoBCrwbQJL%2FdODE8pVLAASQ%2BmHqAAAA

Aplicaciones Gmail YouTube Maps

Outlook

Buscar

Reunirse ahora

Mensaje nuevo

Responder Eliminar Archivo Mover a Categorizar

Carpetas

Bandeja de ... 18079

McAfee Anti-... 162

Correo no des... 428

Borradores 267

Elementos envia... 1

Elementos elimin... 1

Archivo

Notas

Archivos - Moved

Fuentes RSS

Historial de conver...

Carpeta nueva

Grupos

Solicitud

MA

Milena Astorquiza

Jue 19/08/2021 10:33 AM

Para: servicioalcliente@colmenaseguros.com

Carta Solicitud.docx 24 KB

2. ComprobanteDePago.... 165 KB

2.1ComprobanteDePago.... 171 KB

certi_Afil.pdf 64 KB

4 archivos adjuntos (424 KB) Descargar todo Guardar todo en OneDrive

Buenos días

Les solicito muy comedidamente realizar el traslado de mis aportes de ARL, correspondientes al mes de Julio a la compañía Positiva Seguros, empresa que va a empezar a cubrir mis riesgos laborales a partir de este momento.

Anexo

Carta de solicitud

Certificado de afiliación ARL Positiva

Soportes de pago de seguridad social.

por la gestión y atención mil gracias.

Atentamente

Luz Milena Astorquiza Bejarano

C.C 43.998.216 de Medellín

Responder Reenviar

Actualizar a Microsoft 365 con Características de Outlook Premium

Escribe aquí para buscar

31°C Parc. sole

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 24 de agosto 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:

NUIP - NIP	1033198213	Maria Celeste Lujan Astorquiza	HIJO
NUIP - NIP	1046539456	Keimy González Astorquiza	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: Luz Milena Astorquiza Bejarano

C.C. 43998216



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

57923724

NUIP

1046539456

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐

Notaría ☒

Número ☐

Consulado ☐

Corregimiento ☐

Inspección de Policía ☐

Código

C

X

E

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

NOTARIA - COLOMBIA ANTIOQUIA TURBO

Datos del inscrito

Primer Apellido

GONZALEZ

Segundo Apellido

ASTORQUIZA

Nombre(s)

KEIMY

Fecha de nacimiento

Año

2

0

1

7

Mes

O

C

T

Día

1

1

Sexo (en letras)

FEMENINO

Grupo sanguíneo

A

Factor RH

POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA ANTIOQUIA APARTADO, LEY 1395/2010 ARTICULO 118

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo

14307819 - 4

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

ASTORQUIZA BEJARANO LUZ MILENA

Documento de identificación (Clase y número)

CEDULA Nº 43.998.216 DE MEDELLIN

Nacionalidad

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

GONZALEZ URUETA LEYDERMAN

Documento de identificación (Clase y número)

CEDULA Nº 71.989.710 DE TURBO

Nacionalidad

COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

GONZALEZ URUETA LEYDERMAN

Documento de identificación (Clase y número)

CEDULA Nº 71.989.710 DE TURBO

Firma

Leyderman

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

2

0

1

7

Mes

O

C

T

Día

1

7

Nombre y firma del funcionario que autoriza

LUIS ENRIQUE CEREN GARCES

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Leyderman González U.

Firma

LUIS ENRIQUE CEREN GARCES

Nombre y firma

L. V. IX FOLIO Nº 042

ESPACIO PARA NOTAS

EL COPIA TOMADA DEL ORIGINAL
QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS
DE ESTA NOTARIA Y SE DESTINA
PARA ACREDITAR PARENTESCO
FECHA: 17 OCT 2017
DR. LUIS ENRIQUE CEREN GARCES
NOTARIO UNICO DE TURBO SANT.

LUIS ENRIQUE CEREN GARCES
NOTARIO UNICO
TURBO ANT.

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO



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

NUIP

1033198213

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

56220317

56220317

ORIGINAL PARA LA UNIFICACIÓN DE REGISTRO

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐

Notaría ☒

Número 07

Consulado ☐

Corregimiento ☐

Inspección de Policía ☐

Código

AYK

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

COLOMBIA - ANTIOQUIA - MEDELLÍN

Datos del inscrito

Primer Apellido

LUJAN

Segundo Apellido

ASTORQUIZA

Nombre(s)

MARIA CELESTE

Fecha de nacimiento

Año

2

0

1

5

Mes

F

E

B

Día

1

5

Sexo (en letras)

FEMENINO

Grupo sanguíneo

Factor RH

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA - ANTIOQUIA - MEDELLÍN

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo

52897789-9

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

ASTORQUIZA BEJARANO LUZ MILENA

Documento de identificación (Clase y número)

CC 43998216

Nacionalidad

COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

LUJAN LONDOÑO JAMES ALBERTO

Documento de identificación (Clase y número)

CC 70530035

Nacionalidad

COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

LUJAN LONDOÑO JAMES ALBERTO

Documento de identificación (Clase y número)

CC 70530035

Firma

James A. Luján L.

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)

Fecha de inscripción

Año

2

0

1

5

Mes

F

E

B

Día

1

5

Nombre y firma del funcionario que certifica

OSCAR ANTONIO ALVAREZ GÓMEZ

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

James A. Luján Londoño

Firma

OSCAR ANTONIO ALVAREZ GÓMEZ

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS TOMO 0128 FOLIO 208