

|                                                                                                                                 |                                                                                                                                             |  |                   |                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------|-----------------------|
|  <p><b>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</b></p> | DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES) |  | Código Regional   | 68                    |
|                                                                                                                                 | REGIONAL SANTANDER                                                                                                                          |  | Código Centro     | 954510                |
|                                                                                                                                 | CENTRO AGROEMPRESARIAL Y TURISTICO DE LOS ANDES-SANTANDER - SERVICIOS PRESTADOS A                                                           |  | Fecha Elaboración | 22 de Octubre 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     | 44237-824596          |
|                                                                                                                                 |                                                                                                                                             |  | No. de documento  | 254129                |

| DATOS DEL CONTRATISTA                                                                                                |                                         |                                                                                        |                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| Nombres y apellidos contratista:                                                                                     | MARIA JULIANA GONZALEZ SILVA            | C.C.                                                                                   | 63.513.867                  |
| Correo electrónico contratista:                                                                                      | maria.gonzalezs8315@misena.edu.co       | IP/N° de contacto                                                                      | 3016306715                  |
| Régimen del IVA:                                                                                                     | <input type="checkbox"/> NO RESPONSABLE | Pertenece al régimen simple de tributación?                                            | <input type="checkbox"/> NO |
|                                                                                                                      |                                         | Es declarante de renta?                                                                | <input type="checkbox"/> NO |
|                                                                                                                      |                                         | Es Pensionado?                                                                         | <input type="checkbox"/> NO |
| Sus ingresos en el 2020 Superaron \$49'849.000                                                                       | <input type="checkbox"/> NO             | Inducción SST                                                                          | <input type="checkbox"/> SI |
|                                                                                                                      |                                         | Presta Servicios Excluidos de IVA ?                                                    | <input type="checkbox"/> NO |
| Banco al cual consignar:                                                                                             | SCOTIABANK COLPATRIA                    | Tipo de cta                                                                            | AHORROS                     |
|                                                                                                                      |                                         | N° Cuenta                                                                              | 382055404                   |
| Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato? | <input type="checkbox"/> NO             | Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2021 supera los \$ 119'806.000 | <input type="checkbox"/> NO |

| DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO |              |                                     |                              |
|---------------------------------------------|--------------|-------------------------------------|------------------------------|
| N° del contrato:                            | 2933813/2021 | N° Compromiso SIIF                  | 181221                       |
| Valor Total del Contrato                    | \$ 8.227.301 | N° Pago                             | 1                            |
| Saldo Anterior del Contrato                 | \$ 8.227.301 | Periodo objeto de pago              | Del 14/10/2021 Al 31/10/2021 |
| Nuevo Saldo del Contrato                    | \$ 6.075.545 | Legalización comisiones del periodo | \$ 0,00                      |

|                                                                                                                                                                                   |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| OBJETO CONTRACTUAL:                                                                                                                                                               |  |  |  |
| (Descripción del servicio prestado)                                                                                                                                               |  |  |  |
| INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA PLANEAR Y ORIENTAR FORMACIÓN EN RED SISTEMAS, PROGRAMA REC REGULAR EN EL CATA. PL: 2 M Y 5 D. VR MES 3.797.216 |  |  |  |

| RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO |                     |                                           |             |
|------------------------------------------------------|---------------------|-------------------------------------------|-------------|
| Ingresos por honorarios                              | \$ 2.151.756        | 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        |
| <b>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</b>                    | <b>\$ 2.151.756</b> | Menos, Retefuente Otros Ingresos          | \$ 0        |
| <b>BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE</b>              | <b>\$ 1.419.567</b> | <b>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</b>     | <b>\$ 0</b> |

| LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR |            |                      |                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------|------------|----------------------|----------------------------------------------------|
| N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS                           | Octubre    | Setiembre            |                                                    |
| Ingreso Base de Cotización - IBC                                      | \$ 908.526 | \$ 0                 | Valor Base retención en la fuente 1.419.567,00     |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud                           | \$ 113.600 | \$ 0                 | Valor Base retención en la fuente ICA 1.892.756,00 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión                         | \$ 145.400 | \$ 0                 | Valor base IVA 0,00                                |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional                   | \$ -       | \$ 0                 | IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00                       |
| ARL II                                                                | \$ 9.500   | \$ 0                 | 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 0,00                                |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.522.064       | \$ -       |                      | 0,00                                               |
| Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.630.800                           | \$ -       |                      | 0,00                                               |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes         | \$ -       |                      | 0,00                                               |
| Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes           | \$ -       |                      | 0,00                                               |
| Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes           | \$ -       |                      | 0,00                                               |
| Dependientes hasta \$ 1.161.856                                       | \$ -       |                      | 0,00                                               |
| Salud hasta \$ 580.928                                                | \$ -       |                      | 0,00                                               |
| Renta Exenta 25% \$ 8.713.920                                         | \$ 473.189 |                      | 0,00                                               |
| Retención en la Fuente Contingente                                    | \$ -       |                      | 0,00                                               |
|                                                                       |            | <b>VALOR A PAGAR</b> | <b>\$ 2.151.756,00</b>                             |

| SON: DOS MILLONES CIENTO CINCUENTA Y UN MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y SEIS PESOS M/CTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |
| <p>Realizar la planeación y alistamiento de las actividades de aprendizaje, seleccionando, adaptando o elaborando proyectos formativos</p> <p>Se apoyó la promoción de la oferta a través de las redes sociales del instructor. Se comparte por medio de WhatsApp todas las ofertas</p> <p>Se asiste a las reuniones agendadas por el grupo de asesoría pedagógica</p> <p>Se generó la planilla correspondiente al mes de septiembre en el aplicativo contratistas</p> <p>Reporte de la documentación requerida en la ejecución contractual en la plataforma SECOP II</p> |  |

| <b>PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:</b><br>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. |                                                                                                                  | <b>MARIA JULIANA GONZALEZ SILVA</b><br><b>EL CONTRATISTA</b> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                  |                                                              |
| En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:<br>1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;<br>2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;<br>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.<br>El Supervisor,<br><br><b>YADIMYR OSWALDO GARCIA REYES</b><br><b>INSTRUCTOR G16</b> |                                                              |
| Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:<br><b>EL ORDENADOR DEL PAGO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                  |                                                              |

**ELLA JOHANNA MENDOZA PEDRAZA**  
**SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)**

CE-006 - 0000000100 – 2021

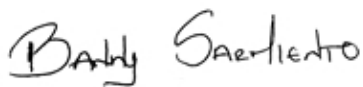
## **CERTIFICA**

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

|                                 |                              |
|---------------------------------|------------------------------|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 63513867                  |
| NOMBRES Y APELLIDOS             | Gonzalez Silva,Maria Juliana |
| TIPO DE AFILIADO                | Titular                      |
| TIPO DE TRABAJADOR              | Independiente                |
| FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN  | 01/04/2018                   |
| ESTADO DE AFILIACIÓN            | Vigente                      |
| ESTADO DE SERVICIO              | Habilitado                   |
| REGIMEN                         | Contributivo                 |

La presente se expide a nombre de Gonzalez Silva,Maria Juliana, a los 10 días del mes de noviembre del año 2021.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.



Banny Yeritza Sarmiento Vanegas  
Coordinador Gestión de la Afiliación

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **MARIA JULIANA GONZALEZ SILVA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **63513867**, se encuentra afiliado/a desde **01/07/2015** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 10 de noviembre de 2021.



**Rosa Mercedes Niño Amaya**  
**Dirección de Afiliaciones**

**Nota:** Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO  
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA  
DE COLOMBIA

**SCOTIABANK COLPATRIA S.A.**  
**NIT. 860.034.594-1**

**CERTIFICA QUE:**

La cuenta de ahorros No. 382055404 , con fecha de apertura 15 de Septiembre de 2021 , de la cual es titular:

El (la) señor(a): MARIA JULIANA GONZALEZ SILVA  
Identificado(a) con tipo de documento C No. 63.513.867

La cuenta en mención ha sido manejada de acuerdo a las normas establecidas por la entidad.

Damos esta información con la acostumbrada reserva bancaria.

La presente se expide a solicitud del interesado a los 5 días del mes de Noviembre de 2021 .

Cordialmente,



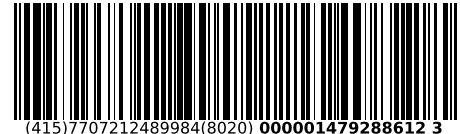
**Nury Luis Montaña**  
Gerencia Relación con Clientes



2. Concepto   Actualización

4. Número de formulario

14792886123



(415)7707212489984(8020) 000001479288612 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6 3 5 1 3 8 6 7

6. DV

1

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Bucaramanga

14. Buzón electrónico

4

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

6 3 5 1 3 8 6 7

27. Fecha expedición

1 9 9 4, 1 0, 3 1

Lugar de expedición

28. País

COLOMBIA

1 6 9

29. Departamento

Santander

6 8

30. Ciudad/Municipio

Bucaramanga

0 0 1

31. Primer apellido

GONZALEZ

32. Segundo apellido

SILVA

33. Primer nombre

MARIA

34. Otros nombres

JULIANA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Santander

6 8

40. Ciudad/Municipio

Bucaramanga

0 0 1

41. Dirección principal

CR 42 34 48 P 2 BRR ALVAREZ

42. Correo electrónico

m\_juli2002@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 0 1 6 3 0 6 7 1 5

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

7 1 1 2

47. Fecha inicio actividad

2 0 2 1, 1 0, 1 4

Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

Otras actividades

50. Código

1 2

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

54. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

Exportadores

55. Forma 56. Tipo Servicio 1 2 3 57. Modo 58. CPC

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

☒

NO

☐

60. No. de Folios:

8

61. Fecha

2021 - 10 - 14 / 14 : 11: 14

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.

Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

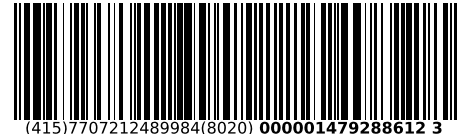
984. Nombre ROJAS CASTILLO ZAIDA MARITZA

985. Cargo Gestor II

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14792886123



(415)7707212489984(8020) 000001479288612 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6 3 5 1 3 8 6 7 1

6. DV

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Bucaramanga

14. Buzón electrónico

4

**Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros**

|                                                                  |                                                                                             |         |
|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| 160. Tipo de establecimiento<br>Centro de explotación de ser 0 7 | 161. Actividad económica<br>Mantenimiento y reparación especializado de maquinaria y equipo | 3 3 1 2 |
| 162. Nombre del establecimiento<br>GONZALEZ SILVA MARIA JULIANA  |                                                                                             |         |
| 163. Departamento<br>Santander                                   | 164. Ciudad/Municipio<br>Bucaramanga                                                        | 0 0 1   |
| 165. Dirección<br>CR 42 34 48                                    |                                                                                             |         |
| 166. Número de matrícula mercantil<br>0 8 8 5 2 2                | 167. Fecha de la matrícula mercantil<br>2 0 0 1 0 6 0 4                                     |         |
| 168. Teléfono<br>6 3 4 5 0 4 1                                   | 169. Fecha de cierre<br>2 0 1 1 0 6 2 9                                                     |         |
| 160. Tipo de establecimiento                                     | 161. Actividad económica                                                                    |         |
| 162. Nombre del establecimiento                                  |                                                                                             |         |
| 163. Departamento                                                | 164. Ciudad/Municipio                                                                       |         |
| 165. Dirección                                                   |                                                                                             |         |
| 166. Número de matrícula mercantil                               | 167. Fecha de la matrícula mercantil                                                        |         |
| 168. Teléfono                                                    | 169. Fecha de cierre                                                                        |         |
| 160. Tipo de establecimiento                                     | 161. Actividad económica                                                                    |         |
| 162. Nombre del establecimiento:                                 |                                                                                             |         |
| 163. Departamento                                                | 164. Ciudad/Municipio                                                                       |         |
| 165. Dirección                                                   |                                                                                             |         |
| 166. Número de matrícula mercantil                               | 167. Fecha de la matrícula mercantil                                                        |         |
| 168. Teléfono                                                    | 169. Fecha de cierre                                                                        |         |