SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES)
REGIONAL CAUCA
CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS - CAUCA - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION
Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1
Resolución DIAN Nº 18764024257695 autoriza desde 360,001 hasta 750,000 (Enero 18 de 2022)

Código Regional	**19**
Código Centro	**930710**
Fecha Elaboración	**Marzo de 2022**
Versión	**ENERO 2022 - 1,22**
ID de Proceso	**20301-557178**
No. de documento	**379769**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	CARMEN ALICIA CAMPO	**C.C.**	34.563.325	**IP/Nº de contacto**	3012355426
Correo electrónico contratista:	campoa@sena.edu.co				

Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Pertenece al régimen simple de tributación?**	NO	**Es declarante de renta?**	NO	**Es Pensionado?**	NO
Sus ingresos en el 2021 fueron iguales o superiores	NO	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**		NO	
Banco al cual consignar:	BANCO CAJA SOCIAL	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		24099311629	
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 2022 supera los $ 125'413.200**		NO			

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato:	3292116/2022			**Nº Compromiso SIIF**		**24822**	
Valor Total del Contrato	$ 35.000.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 31.500.000	**2**	**Del**	**01/03/2022**	**Al**	**31/03/2022**	**$ 3.500.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 28.000.000		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

Prestar servicios personales de carácter temporal como instructor contratista, impartiendo formación profesional integral a distancia o virtual; en el programa de titulada virtual, del centro de comercio y servicio, pertenecientes al área o red de conocimiento: Gestión de mercados, según las necesidades del servicio, en el o los municipios del departamento del cauca donde se le asigne por la entidad

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.500.000		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0,00%
			Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 3.500.000**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.063.250**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR

	Marzo	**Febrero**
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**9432082477**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.400.000	$ 1.400.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 175.000	$ 175.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 224.000	$ 224.000
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 7.400	$ 7.400
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.522.064	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.800.400	$ -	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Dependientes hasta $ 1.216.128	$ 350.000	
Salud hasta $ 608.064	$ -	
Renta Exenta 25% $ 9.120.960	$ 687.750	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.063.250,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.101.000,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 300	6.202,00	0,200%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$ 3.493.798,00**	

SON: TRES MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y TRES MIL SETECIENTOS NOVENTA Y OCHO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Publicación y ejecución de actividades según calendario en el aplicativo Sofiaplus.Orientar proceso de formación virtual en las fichas 2281662 - 2282211 - 2348295 - 2348503 - 2393681 - 2393682 Gestión de Mercados. Competencia Fichas 2281662 - 2282211: Planear actividades de mercadeo que respondan a las necesidades y expectativas de los clientes y a los objetivos de la empresa. Resultado de Aprendizaje Fichas 2281662 - 2282211: Estructurar estrategias de mercadeo orientadas a garantizar mercadeo responsable, según indicadores de gestión. Competencia Fichas 2348295 - 2348503: Diseñar prototipos de productos y/o servicios. Resultado de Aprendizaje Fichas 2348295 - 2348503: Desarrollar el nombre y la marca del producto o servicio Competencia Fichas 2393681 - 2393682: Proyectar el mercado de acuerdo con el tipo de producto. Resultado de Aprendizaje Fichas 2393681 - 2393682: Determinar la oferta y la demanda del producto. Con un total de 168 horas reportadas. Registrar los resultados de la emisión de juicios. Descargar de Sofía Plus las horas reportadas mensualmente. Garantizar el pago oportuno de la seguridad social de cada mes para que este se vea reflejado en Fosyga.

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.

CARMEN ALICIA CAMPO
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui 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,

ADA LORENA CERON ROSERO
INSTRUCTOR G20

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

JOHN JAIRO MOTTA CALDERON
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

Banco AV Villas

COMPROBANTE PAGO DE PLANILLA ASISTIDA PILA

Número de identificación del Aportante / Pin Único	Valor a Pagar $:
34.563.325	414.800

Si usted va a realizar el pago con el número de Planilla, diligencie esta sección:

PAGO CON NÚMERO DE PLANILLA

Número de Planilla: 9432082477

Si usted va a realizar el pago con Pin Único, diligencie esta sección:

PAGO CON PIN ÚNICO

Operador de Información: _____

Periodo de Cotización a Pagar: Año 2022 Mes 02

AVV 263 20220307 16:34 SC 339 LINEA A
VR PAGADO: 414,800.00
NOMBRE:APORTES EN LINEA
CLAVE:9432082477 0
ID:34563325
Fecha Aplicación:20220308 PIN:163449
Estimado cliente: Verifique los datos de su pago. Después de retirarse de la ventanilla no se aceptan reclamos.

CAP-PRO-063-V2

ESTIMADO CLIENTE:
VERIFIQUE QUE LA INFORMACIÓN IMPRESA EN EL COMPROBANTE SEA CORRECTA Y QUE EL VALOR REGISTRADO CORRESPONDA AL VALOR ORDENADO POR USTED. EL BANCO NO TENDRÁ COPIA DE ESTE FORMATO. EL SOPORTE DE LA TRANSACCIÓN SERÁ EL REGISTRO EN EL SISTEMA. RECUERDE QUE ESTE SERÁ EL ÚNICO SOPORTE FÍSICO DE SU TRANSACCIÓN. CONSERVELO PARA CUALQUIER VERIFICACIÓN.

Impreso por dispapeles SAS. NIT: 860.028580-2 60124

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 34563325		CAMPO CARMEN ALICIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 17 57n 8-54 casa 16 villa claudia	POPAYAN-CAUCA	8375306	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-02	2022-02	32082477	9432082477	I	2022/03/07	2022/03/08	BANCO AV VILLAS	0	$414,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,400,000	$224,000			$1,400,000	$175,000			$1,400,000	$8,400			$1,400,000	$7,400		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,400,000	$224,000			$1,400,000	$175,000			$1,400,000	$8,400			$1,400,000	$7,400		$0	$0
Ciudad: POPAYAN Depto: CAUCA (1 Afiliados)					$1,400,000	$224,000			$1,400,000	$175,000			$1,400,000	$8,400			$1,400,000	$7,400		$0	$0
1	CC	34563325 CAMPO CARMEN	230201	30	$1,400,000	$224,000	EPS005	30	$1,400,000	$175,000	CCF14	30	$1,400,000	$8,400	14-23	30	$1,400,000	$7,400	30	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$1,400,000	$224,000			$1,400,000	$175,000			$1,400,000	$8,400			$1,400,000	$7,400		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 34563325		CAMPO CARMEN ALICIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 17 57n 8-54 casa 16 villa claudia	POPAYAN-CAUCA	8375306	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-02	2022-02	32082477	9432082477	I	2022/03/07	2022/03/08	BANCO AV VILLAS	0	$414,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$224,000	$0	$0	$224,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$224,000	$0	$0	$224,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,400	$0	$0	$7,400
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$7,400	$0	$0	$7,400
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$8,400	$0	$0	$8,400
COMFACAUCA	CCF14	891,500,182	0	1	$8,400	$0	$0	$8,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$175,000	$0	$0	$175,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$175,000	$0	$0	$175,000
TOTAL				1	$414,800	$0	$0	$414,800

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Popayán, Marzo de 2022

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (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 empleado contribuyente y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el parágrafo cuarto del artículo segundo del Decreto 0099 de 2013, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

T.I.	**1058550247**	**LAURA CAMILA PEREZ CAMPO**	**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: CARMEN ALICIA CAMPO

C.C. 34563325

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.058.550.247**

PEREZ CAMPO

APELLIDOS

LAURA CAMILA

NOMBRES

Laura camila Perez Campo

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **29-ABR-2010**

POPAYAN
(CAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

29-ABR-2028
FECHA DE VENCIMIENTO

A+ G S RH

F SEXO

13-JUL-2017 POPAYAN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1100100-00926231-F-1058550247-20170726 **00566**78699A 3 7764527248