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 GUAVIARE
CENTRO DE DESARROLLO AGROINDUSTR, TURISTICO Y TECNOLOG DEL GUAVIARE- SERVCIOS PRE
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	95
Código Centro	953310
Fecha Elaboración	Marzo de 2022
Versión	ENERO 2022 - 1,22
ID de Proceso	43059-632221
No. de documento	372518

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	JASBLEIDY MARCELA ACOSTA CHINCHILLA	**C.C.**	1.120.571.185	**IP/Nº de contacto**	3223013957
Correo electrónico contratista:	jmacosta58@misena.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 ?**	SI
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**	82877132206
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:	3434064/2022			**Nº Compromiso SIIF**	9322	
Valor Total del Contrato	$ 34.907.924	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**			**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 31.604.335	2	**Del** 01/03/2022	**Al**	31/03/2022	$ 3.303.589,00
Nuevo Saldo del Contrato	$ 28.300.746		Legalización comisiones del periodo		$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES TEMPORAL COMO INSTRUCTOR, PARA ORIENTAR FORMACIÓN TITULADA Y COMPLEMENTARIA PRESENCIAL EN EL ÁREA AMBIENTAL - RECURSOS NATURALES, QUE IMPARTE EL CDATTG, EN GUAVIARE Y SUR META. RADICADO NO.95-9-2022-000222.

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.303.589	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	**$ 3.303.589**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.947.398**	**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	---	9431696255
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.321.436	$ 1.321.436
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 165.200	$ 165.200
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 211.500	$ 211.500
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL III	$ 32.200	$ 32.200
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	$ 330.359	
Salud hasta $ 608.064	$ -	
Renta Exenta 25% $ 9.120.960	$ 649.133	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	1.947.398,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	2.926.889,00	
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 - 8299	0,00	0,000%
-	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	**$ 3.303.589,00**	

SON: TRES MILLONES TRESCIENTOS TRES MIL QUINIENTOS OCHENTA Y NUEVE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Impartir formacion en los horarios establecidos a los aprendices del programa Tecnologo en Gestion de Recursos Naturales de formacion profesional (Fichas: 2254270). Competencia(44628) y el programa Tecnologo en Gestión Documental(Fichas: 122901).Competencia(240201064)
Apoyo con el equipo de desarrollo curricular en el diseño de actividades de aprendizaje y guias.
Apoyo en el alistamiento de las actividades de formación, pedagógica de la F.P.I. del programa Tecnólogo en Gestión de Recursos Naturales de formacion profesional (Fichas: 2254270). Competencia (44628).
Reporte de inasistencias y juicios evaluativos.
Realización de informes mensuales correspondientes a las actividades contractuales exigidas por la entidad.
Reunion con el equipo ejecutor de SENNOVA para apoyar actividades del proyecto en ejecucion "propagación in vitro de orquideas".
Apoyo en la elaboracion de articulos cientificos de los semillero activos. Capacitación de "DESARROLLO CURRICULAR EN LA FPI"

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 ningun otro contrato; 3. El numero 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 veridica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí diligenciados.

JASBLEIDY MARCELA ACOSTA

JASBLEIDY MARCELA ACOSTA CHINCHILLA
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 desarrollo las actividades descritas en el presente informe, dentro del periodo 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,

GUSTAVO ADOLFO ACOSTA RODRIGUEZ
INSTRUCTOR

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

LUZ PIEDAD ECHEVERRY QUICENO
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02

Escaneado con CamScanner

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 1120571185		ACOSTA CHINCHILLA JASBLEIDY MARCELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 5 # 29a-75	SAN JOSE DEL GUAVIARE-GUAVIARE	5842038	No

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	17086438	9431696255	I	2022/03/18	2022/03/01	BANCO DE OCCIDENTE	0	$408,900

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
1	CC	1120571185	ACOSTA JASBLEIDY	230301	30	$1,321,500	$211,500	EPS044	30	$1,321,500	$165,200		0	$0	$0	14-23	30	$1,321,500	$32,200	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					**$1,321,500**	**$211,500**			**$1,321,500**	**$165,200**			**$0**	**$0**			**$1,321,500**	**$32,200**		**$0**	**$0**

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$211,500	$0	$0	$211,500
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$211,500	$0	$0	$211,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$32,200	$0	$0	$32,200
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$32,200	$0	$0	$32,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$165,200	$0	$0	$165,200
MEDIMAS EPS	EPS044	901,097,473	5	1	$165,200	$0	$0	$165,200
TOTAL				**1**	**$408,900**	**$0**	**$0**	**$408,900**

2022/03/01 05:01 PM

Certificado de Aportes

Se certifica que JASBLEIDY MARCELA ACOSTA CHINCHILLA identificado(a) con CC 1120571185 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social.

APORTANTE: ACOSTA CHINCHILLA JASBLEIDY MARCELA CC 1120571185																											
Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																	
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
9431696255	17086438	I	2022-03-01	EPS	EPS044	MEDIMAS EPS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2022-02	30																	
9431696255	17086438	I	2022-03-01	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2022-02	30																	
9431696255	17086438	I	2022-03-01	ARL	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2022-02	30																	

Este certificado se expide el día 2022-03-14 a las 23:03.

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

San José del Guaviare, 15 de Marzo de 2022

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (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:

R.C	**1120585018**	**Eithan Matthias Torres Acosta**	**HIJO**
R.C	**1120572206**	**Sara Valentina Torres Acosta**	**HIJO**
R.C	**1120586351**	**Sahily Isabella Torres Acosta**	**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,

JASBLEIDY MARCELA ACOSTA CH.
FIRMA

Nombre: JASBLEIDY MARCELA ACOSTA CHINCHILLA

C.C. 1.120.571.185 DE SAN JOSE DEL GUAVIARE

Escaneado con CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número: N 5153494

NUIP 1.120.586.351

Tipo de certificado | Datos Esenciales ☐ | Acreditar Parentesco ☐

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos

TORRES ACOSTA SAHILY ISABELLA

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)			Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año 2020	Mes JULIO	Día 30	FEMENINO	

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

COLOMBIA GUAVIARE SAN JOSE DEL GUAVIARE

Fecha de Inscripción (Mes en letras)			Indicativo serial
Año 2020	Mes AGO	Día 31	0060137998

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos

ACOSTA CHINCHILLA JASBLEIDY MARCELA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.120.571.185	COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos

TORRES RUIZ UBIL ALFONSO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.120.564.071	COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos

TORRES RUIZ UBIL ALFONSO

Documento de Identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA 1.120.564.071

Espacio para notas

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio	Código
COLOMBIA GUAVIARE SAN JOSE DEL GUAVIARE	X 2 R

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)		
Año 2020	Mes JULIO	Día 24

Nombre y firma del funcionario

LUZ ELENA DIAZ CAMPOS
Registrador del Estado Civil

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Adhesivo Copia Registro Civil
27123332-4

Escaneado con CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

Autoriza Copia Registro Civil 4938144-1

NUIP 1.120.572.206

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 43322392

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
X						X 2 R

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

REGISTRADURIA DE SAN JOSE DEL GUAVIARE - COLOMBIA - GUAVIARE - SAN J

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
TORRES	ACOSTA

Nombre(s)

SARA VALENTINA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2010 Mes ABR Día 01	FEMENINO	A	POSITIVO

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

COLOMBIA GUAVIARE SAN JOSE DEL GUAVIARE

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	521293331

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

ACOSTA CHINCHILLA JASBLEIDY MARCELA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.120.571.185	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

TORRES RUIZ UBIL ALFONSO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.120.564.071	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

TORRES RUIZ UBIL ALFONSO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.120.564.071	

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 ABR Día 16	Nombre y firma LUZ ELENA D[illegible] - REGISTRAD

IMPRESO POR PANAMERICANA FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 830.175.457-6 TEL 430 2100

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

43322392

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número: N 5142787

NUIP 1 120 585 018

Tipo de certificado | Datos Esenciales ☐ | Acreditar Parentesco ☒

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos

TORRES ACOSTA EITHAN MATTHIAS

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)			Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año	Mes	Día		
2018	NOV	02	MASCULINO	A +

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

COLOMBIA GUAVIARE SAN JOSE DEL GUAVIARE

Fecha de Inscripción (Mes en letras)			Indicativo serial
Año	Mes	Día	
2018	NOV	06	0058680204

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos

ACOSTA CHINCHILLA JASBLEIDY MARCELA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.120.571.185	COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos

TORRES RUIZ UBIL ALFONSO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.120.564.071	COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos

TORRES RUIZ UBIL ALFONSO

Documento de Identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA 1.120.564.071

Espacio para notas

VALIDO PARA TODO EFECTO LEGAL

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio

COLOMBIA GUAVIARE SAN JOSE DEL GUAVIARE

Código: X 2 R

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)		
Año	Mes	Día
2018	NOV	06

Nombre y firma del funcionario

WILLIAM HERNANDEZ
Registrador del Estado Civil

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Adhesivo Copia Registro Civil
22822465-7