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 - EMPRENDE RURAL
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	83326-149939
No. de documento	368012

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	LINA VANESSA RAMOS URBANO	**C.C.**	1.061.762.167	**IP/Nº de contacto**	0
Correo electrónico contratista:	lvramosu@gmail.com				
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:	BANCOLOMBIA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**	91231026261
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:	3291562/2022			**Nº Compromiso SIIF**	**13222**	
Valor Total del Contrato	$ 35.128.800	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**			**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 33.047.093	**2**	**Del**	**01/03/2022**	**Al** 31/03/2022	**$ 3.903.200,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 29.143.893		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 presencial, a distancia o virtual; en el programa de formación SER, del centro de comercio y servicio, área o red de conocimiento: Empresarismo. Negocios rurales emprendimiento en el procesamiento de productos de panificación; Según las necesidades del servicio, en el o los

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.903.200		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	**$ 3.903.200**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.300.835**		**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	----------	**4434830134**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.561.280	$ 1.000.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 195.200	$ 125.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 249.900	$ 160.000
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 8.200	$ 5.300
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	$ 390.320	
Salud hasta $ 608.064	$ -	
Renta Exenta 25% $ 9.120.960	$ 766.945	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.300.835,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.458.100,00	
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	6.916,00	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	**$ 3.896.284,00**	

SON: TRES MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y CUATRO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Desarrollar formación profesional integral,en el programa de formación SER, del centro de comercio y servicio, en la formacion Emprendedor en elaboracion de artesanias con tejido etnico, ficha #2489413 en el municipio de Timbio (vda Altillo) los dias 7,14,28 de marzo con #24 horas de formacion. Emprendedor en el procesamiento de productos panificables, en las fichas #2490984 y #2495508, en los municipios La Vega (vda San Miguel) y Sucre (Vda Cascadas) respectivamente, los dias 1,8,15 de marzo en la Vega y 4,11,18 de marzo en Sucre, con #48 horas de formacion. Emprendedor en desarrollo de actividades turisticas en espacios naturales, ficha # 2505882 en el en el municipio de Caldono, los dias 2,9,16,26 de marzo con #32 horas de formacion. Emprendedor en elaboracion de accesorios artesanales, en las fichas # 2498467 y # 2497524, en los municipios Villa Rica y Guachene respectivamente, los dias 3,22,29 de marzo en Villa Rica y 17,23,24,31 de marzo en Guachene, con #56 horas de formacion. Para un total de 160 horas de formacion para el mes de marzo.

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.

LINA VANESSA RAMOS URBANO
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,

ANA ALEXANDRA RODRIGUEZ VARGAS
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

JOHN JAIRO MOTTA CALDERON
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1061762167
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			LINA VANESSA RAMOS URBANO
CIUDAD/MUNICIPIO:	POPAYAN	DEPARTAMENTO:	CAUCA
DIRECCIÓN:	CARRERA 3 # 8-54	TELÉFONO:	1234567
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**4434830134**		TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES febrero	AÑO 2022		PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES febrero AÑO 2022
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2022/03/03		NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9998977334

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	$ 85.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 85.400	$ 0	$ 85.400
SUBTOTALES:										**$ 85.400**	**$ 0**	**$ 85.400**

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	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPSIC3	EPSIC3-ASOC. INDIG. DEL CAUCA A.I.C	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 66.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 66.700	$ 0	$ 0	$ 66.700
SUBTOTALES:													**$ 66.700**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 66.700**

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	$ 2.800	$ 2.800	$ 0	$ 0	$ 2.800
SUBTOTALES:									**$ 2.800**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 2.800**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																								PARAFISCALES						
																												PENSIÓN								SALUD						ARP																
																														FSP		APORTES VOLUNTARIOS																											
Nº	IDENTIFICACIÓN	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	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
																																																				ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1061762167	RAMOS URBANO LINA VANESSA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.000.000				NO	15																	25-14 COLPENSIONES	16	$ 533.334	$ 85.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 85.400	EPSIC3-ASOC. INDIG. DEL CAUCA A.I.C	16	$ 533.334	$ 66.700	$ 0	$ 66.700	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	16	$ 533.334	106176216	$ 2.800		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 154.900**

EMPRESA: EFECTIVO LTDA.
NIT.830.131.993-1
Calle 96 No. 12-55 Bogota

ORDEN DE SERVICIO

No OS: 9186891336 DV: 144274

Cajero: FAANARZA

Cliente beneficiario:
110263 PILA RECAUDO

Fecha: 03/03/2022 16:48:32

PS Recaudador:
903536 B/ SANTA INES

Cantidad cupones: 1

Identificacion: 1061762167

Nombre:	LINA
Apellido 1:	RAMOS
Apellido 2:	URBANO
TIPO DOCUMENTO:	CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO:	1231313
Codigo Planilla:	4434830134
Periodo Pago:	2022/02
Valor Comision:	0
Valor Iva Comision:	0

Referencia	Valor
1061762167	$154.900,00

Valor recibido: $154.900,00
Forma de pago: EFECTIVO

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Con la solicitud y aceptacion de mi parte, de la prestacion de este servicio, entiendase que manifiesto verbalmente mi autorizacion para el tratamiento de los datos personales que voluntariamente he entregado a Efectivo Ltda., Estos datos pueden ser utilizados unica y exclusivamente para la prestacion del servicio convenido.
Linea de servicio al cliente: (1) 6510101
servicioalcliente@efecty.com.co
www.efecty.com.co

Escaneado con CamScanner

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Popayán, 13 de marzo del 2022

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
POPAYAN - CAUCA

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:

NUIP - NIP	**1059248322**	**EMMANUEL GUACA RAMOS**	**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: LINA VANESSA RAMOS URBANO

C.C. 1.061.762.167 DE POPAYAN

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial: 55273145

55273145

NUIP: 1.059.248.322

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 03 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código F 3 H

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA - CAUCA - POPAYÁN

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
GUACA	RAMOS

Nombre(s): EMMANUEL

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2017 Mes MAY Día 27	MASCULINO	O	POSITIVO

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

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO NACIDO VIVO	14099373-5

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos
RAMOS URBANO LINA VANESSA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CÉDULA DE CIUDADANÍA NO. 1.061.762.167	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos
GUACA CAMPO JOSE LUIS

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CÉDULA DE CIUDADANÍA NO. 1.061.762.858	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos
GUACA CAMPO JOSE LUIS

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CÉDULA DE CIUDADANÍA NO. 1.061.762.858	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos
********** **********

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CÉDULA DE CIUDADANÍA NO. *.***.***.***	

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos
********** **********

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CÉDULA DE CIUDADANÍA NO. *.***.***.***	

Fecha de inscripción

Año 2017 Mes JUN Día 08

Nombre y firma del funcionario que autoriza

LINEY MAGNOLIA COLLAZOS FERNANDEZ
Nombre y firma

REPÚBLICA DE COLOMBIA — LINEY MAGNOLIA COLLAZOS FERNANDEZ — Notaría Tercera Encargada — POPAYÁN - CAUCA

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1061762167
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			LINA VANESSA RAMOS URBANO
CIUDAD/MUNICIPIO:	POPAYAN	DEPARTAMENTO:	CAUCA
DIRECCIÓN:	CARRERA 3 # 8-54	TELÉFONO:	1234567
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7831804655**		TIPO DE PLANILLA:		N-CORRECCIONES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS:	MES:	febrero	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES:	febrero
	AÑO:	2022		AÑO:	2022
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2022/03/23	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1380019245

NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	4434830134	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	2022/03/03

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 47.900
SUBTOTAL:			1	**$ 47.900**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
817001773	EPSIC3	EPSIC3-ASOC. INDIG. DEL CAUCA A.I.C	1	$ 37.400
SUBTOTAL:			1	**$ 37.400**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 1.600
SUBTOTAL:			1	**$ 1.600**

TOTAL PAGADO:	**$ 86.900**

Planilla Pagada

Comprobante

de pago en línea

SOI ACH

Pago realizado por: LINA VANESSA RAMOS URBANO

Nro. de recibo: 7831804655

Descripción del pago: Pago de la Planilla Integrada de Seguridad Social y Parafisacales

Identificación del contribuyente: 10.80.25.34

Concepto: CC

Razón Social: 1061762167

Fecha y hora de la transacción: Miércoles 23 de Marzo de 2022 10:47:18 AM

Nro. de comprobante: 0000051514

Valor pagado: $ 86,900.00

Cuenta: *******6261

Bancolombia S.A.

Comuníquese con nuestra Sucursal Telefónica Bancolombia: Bogotá 343 0000 - Medellín 510 9000 - Cali 554 0505 - Barranquilla 361 8888 - Cartagena 693 4400 - Bucaramanga 697 2525 - Pereira 340 1213 - El resto del país 01 800 09 12345 - Sucursales Telefónicas en el exterior: España 900 995 717 - Estados Unidos 1866 379 9714, en caso de recibir una alerta o notificación de una transacción que presenta alguna irregularidad.

Bancolombia nunca le solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com