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** | 85478-595008 |
| **No. de documento** | 379396 |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | ANGELA ISADORA ACOSTA MORENO | **C.C.** | 41.241.471 | **IP/Nº de contacto** | 85305 |
| **Correo electrónico contratista:** | acostam@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 ?** | | SI | |
| **Banco al cual consignar:** | BANCOLOMBIA | **Tipo de cta** | AHORROS | **Nº Cuenta** | | 82870579434 | |
| **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:** | 3430869/2022 | | **Nº Compromiso SIIF** | **8422** | |
| **Valor Total del Contrato** | $ 43.560.227 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 39.437.808 | **2** | **Del** 01/03/2022 | **Al** 31/03/2022 | **$ 4.122.419,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 35.315.389 | | Legalización comisiones del periodo | $ 0,00 | |

**OBJETO CONTRACTUAL:**
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR, PARA ORIENTAR FORMACIÓN TITULADA Y COMPLEMENTARIA PRESENCIAL EN AREA AGRICOLA-AGROINDUSTRIAL, QUE IMPARTE EL CDATTG, EN GUAVIARE Y SUR META. RADICADO NO.95-9-2022-000213.

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 4.122.419 | | 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** | **$ 4.122.419** | | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 2.430.058** | | **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** | ---------- | **7828541783** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 1.648.968 | $ 1.648.968 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 206.200 | $ 206.200 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 263.900 | $ 263.900 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 |
| ARL II | $ 17.300 | $ 17.300 |
| 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 | $ 412.242 | |
| Salud hasta $ 608.064 | $ - | |
| Renta Exenta 25% $ 9.120.960 | $ 810.019 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Valor Base retención en la fuente | 2.430.058,00 | TARIFA |
| Valor Base retención en la fuente ICA | 3.652.319,00 | |
| 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** | **$ 4.122.419,00** | |

**SON: CUATRO MILLONES CIENTO VEINTIDOS MIL CUATROCIENTOS DIECINUEVE PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Curso complementario inducción a la formación profesional integral grupo de tecnico en motocicletas
Apoyando a la preincripcion de las oferta de la Regional
Apoyando la inscripción de la oferta para dar inicio de la formación de inducción el 18 de abril
Realizar llamadas a los futuros aprendices para la respectiva inscripción
Alistamiento de la formación integral

**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.

**ANGELA ISADORA ACOSTA MORENO**
**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,

**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**

## CERTIFICADO DE PAGO PARA EL COTIZANTE

BBVA

Certificamos que ANGELA ISADORA con documento CEDULA DE CIUDADANIA 41241471, realizó el pago de aportes a la seguridad social del Señor (a) ANGELA ISADORA ACOSTA MORENO con documento CC 41241471, como se detalla a continuación:

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA | | | |
|---|---|---|---|
| Número de Planilla | 7828541783 | Tipo de Planilla | I-INDEPENDIENTES |
| Periodo Cotizado Otros | MARZO/2022 | Periodo Cotización Salud | MARZO/2022 |
| Fecha Pago | 2022/03/03 | Número de Autorización | 1351012103 |

| APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL | | | |
|---|---|---|---|
| PENSIÓN | | Administradora | 25-14 COLPENSIONES |
| Días | 30 | Tarifa | 16,000 % |
| Indicador tarifa especial | Normal | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| SALUD | | Administradora | EPS037 - NUEVA E.P.S |
| Días | 30 | Tarifa | 12,500 % |

| | | | |
|---|---|---|---|
| RIESGOS PROFESIONALES | | Administradora | 14-23 - POSITIVA COMPAÑIA DE |
| Días | 30 | Tarifa | 1,044 % |
| Clase de Riesgo | 2 | | |

Cotizante exonerado pago aportes salud, SENA e ICBF (Reforma Tributaria): NO

Planilla Pagada

ach SOI

Planilla Pagada

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# COMPROBANTE DE PAGO

BBVA

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 41241471 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | ANGELA ISADORA ACOSTA MORENO |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | SAN JOSE DEL GUAVIARE | DEPARTAMENTO: | GUAVIARE |
| DIRECCIÓN: | CRA 24 N 6-77 BARRIO VEINTE | TELÉFONO: | 5849067 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Educación tecnológica. |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

## DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **7828541783** | | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: | marzo | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | marzo |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: | 2022 | SALUD: | AÑO: | 2022 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2022/03/03 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 1351012103 |

## LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL |
| **PENSIÓN** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 900336004 | 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 263.900 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 263.900** |
| **SALUD** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 900156264 | EPS037 | EPS037-NUEVA EPS | 1 | $ 206.200 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 206.200** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 860011153 | 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | $ 17.300 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 17.300** |

| | |
|---|---|
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 487.400** |

# *CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS*

San José del Guaviare, 17 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:

| | | | |
|---|---|---|---|
| **T.I.** | **1.120.958.436** | **JULIANA ACOSTA 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,

FIRMA

Nombre: Angela Isadora Acosta Moreno

C.C. 41241471 de SJG

**REPÚBLICA DE COLOMBIA**

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

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1.120.958.436

Indicativo Serial 55103625

Notaría San José del Guaviare

*Datos de la oficina de registro - Clase de oficina*

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 01 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código X 3 R

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

COLOMBIA- GUAVIARE- SAN JOSE DEL GUAVIARE.-

*Datos del inscrito*

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| ACOSTA.- | ACOSTA.- |

Nombre(s)

JULIANA.-

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2014 Mes SEP Día 03 | FEMENINO.- | " O " | 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 DE NACIDO VIVO.- | 12631546-3.- |

*Datos de la madre*

Apellidos y nombres completos

ACOSTA MORENO ANGELA ISADORA.-

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| C.C. 41.241.471 DE SAN JOSE DEL GUAVIARE.- | COLOMBIANA.- |

*Datos del padre*

Apellidos y nombres completos

ACOSTA TORRES EDGAR MAURICIO.-

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| C.C. 1.122.117.784 DE ACACIAS- META.- | COLOMBIANA.- |

*Datos del declarante*

Apellidos y nombres completos

ACOSTA TORRES EDGAR MAURICIO.-

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| C.C. 1.122.117.784 DE ACACIAS- META.- | Edgar Mauricio Acosta Torres |

*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 |
|---|---|
| | |

Notaría San José del Guaviare - Guaviare

Notario Encargado

| *Fecha de inscripción* | *Nombre y firma del funcionario que autoriza* |
|---|---|
| Año 2014 Mes SEP Día 08 | MARTHA ANDREA PARRA ENRIQUEZ. |
| | Nombre y firma |

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

55103625