

 <p>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</p>	DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES)		Código Regional	76
	REGIONAL VALLE		Código Centro	954310
	CENTRO DE TECNOLOGIAS AGROINDUSTRIALES-VALLE		Fecha Elaboración	Marzo de 2022
	Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Versión	ENERO 2022 - 1,22
	Resolución DIAN N° 18764024257695 autoriza desde 360,001 hasta 750,000 (Enero 18 de 2022)		ID de Proceso	90268-674742
			No. de documento	384083

DATOS DEL CONTRATISTA			
Nombres y apellidos contratista:	LEYDY CAROLINA GALLEGO BETANCOURT	C.C.	31.435.960
Correo electrónico contratista:	lcgallego06@misena.edu.co	IP/N° de contacto	3007624909
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
		N° Cuenta	91218279878
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			
N° del contrato:	3441946/2022	N° Compromiso SIIF	12522
Valor Total del Contrato	\$ 27.470.400	N° Pago	2
Saldo Anterior del Contrato	\$ 24.036.600	Periodo objeto de pago	Del 01/03/2022 Al 31/03/2022
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 20.602.800	Legalización comisiones del periodo	\$ 0,00

OBJETO CONTRACTUAL:			
(Descripción del servicio prestado)		INSTRUCTOR: CO1.PCCNTR.3441946 PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES TEMPORALES COMO INSTRUCTOR PARA IMPARTIR FORMACIÓN TÉCNICA PARA EL TRABAJO, APOYO EN LA ASISTENCIA TÉCNICA, EXTENSIÓN Y ASESORÍA A LAS EMPRESAS Y/O JORNADAS DE DIVULGACIÓN TECNOLÓGICA	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Ingresos por honorarios	\$ 3.433.800	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
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 3.433.800	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 2.024.190	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR			
N° Planilla PILA, o, N° Radicación pago SS	Marzo	Febrero	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.373.520	\$ 1.373.520	Valor Base retención en la fuente 2.024.190,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 171.700	\$ 171.700	Valor Base retención en la fuente ICA 3.042.300,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 219.800	\$ 219.800	Valor base IVA 0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00
ARL	\$ 7.200	\$ 7.200	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 - 8523 6.085,00
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.522.064	\$ -		Pro-UCEVA 17.169,00
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.800.400	\$ -		Universidad del Pacifico 0,00
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones 0,00
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones 0,00
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Descuentos de Libranza 0,00
Dependientes hasta \$ 1.216.128	\$ 343.380		Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00
Salud hasta \$ 608.064	\$ -		VALOR A PAGAR \$ 3.410.546,00
Renta Exenta 25% \$ 9.120.960	\$ 674.730		
Retención en la Fuente Contingente	\$ -		

SON: TRES MILLONES CUATROCIENTOS DIEZ MIL QUINIENTOS CUARENTA Y SEIS PESOS M/CTE	
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO	
<p>Durante el mes en curso realice las siguientes funciones:</p> <p>Impartí formación a aprendices en los programas de formación presencial:</p> <p>Instructora en curso complementario 2489947 PATRONAJE Y ESCALADO DE ROPA EXTERIOR FEMENINA</p> <p>Instructora en curso complementario 2517564 DISEÑO Y CONFECCIÓN DE PRENDAS DE VESTIR</p> <p>Asistí a las diferentes reuniones programadas por el centro y el coordinador académico</p>	

<p>PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:</p> <p>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.</p>	<p>LEYDY CAROLINA GALLEGO BETANCOURT EL CONTRATISTA</p>
---	--

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO	
<p>En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:</p> <p>1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;</p> <p>2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;</p> <p>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.</p>	<p>Autorizo el presente pago. El Supervisor,</p> <p>JHON JAIRO ALZATE RAMIREZ INSTRUCTOR G20</p>

<p>Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:</p> <p>EL ORDENADOR DEL PAGO</p>
--

<p>JORGE EDISON LOAIZA CASTRILLON SUBDIRECTOR DE CENTRO G02</p>
--

DETALLE PLANILLA
OPERADOR DE INFORMACIÓN

Razón social: LEYDY CAROLINA GALLEG0 BETANCOURT Identificación: CC-31435960 Código dependencia o sucursal: 0 Nombre dependencia o sucursal: 0 Fecha de generación del reporte: 2022-03-21 Fecha límite de pago: 2022-03-14 Fecha de pago: 2022-03-09 Pagada por: AvVillas Período pensión: 2022-02 Período salud: 2022-02 Referencia de pago (PIN): 8675963479 Tipo de planilla: I Clase de planilla: Normal Número de la planilla: 8618382136	Pagada
---	---------------

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO DE AFILIADOS	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR	SELECCIONAR TODOS SELECCIONAR NINGUNO
230201	800229739	PROTECCION (ING+PROTECCION)	1	\$0	\$0	\$0	\$214.400	\$214.400	☐
EPS018	805001157	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S.	1	\$0	\$0	\$0	\$167.500	\$167.500	☐
14-23	860011153	ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1	\$0	\$0	\$0	\$7.000	\$7.000	☐
CCF57	890303208	Caja de Compensacion Familiar del Valle del Cauca COMFAMILIAR ANDI COMFANDI	1	\$0	\$0	\$0	\$26.800	\$26.800	☐
GRAN TOTAL				\$0	\$0	\$0	\$415.700	\$415.700	

[Imprimir](#) [Descargar Resumen](#)

COMPROBANTE PAGO DE PLANILLA ASISTIDO

Banco AV Villas

Número identificación del Aportante / Pin Único: **31435960**

Valor a Pagar \$: **415.700 <**

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

PAGO CON NÚMERO DE PLANILLA

Número de Planilla: **8675963479**

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

PAGO CON PIN ÚNICO

Operador de Información:

Año: Mes:

Periodo de Cotización a Pagar:

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.

AVV 185 20220308 17:24 SC 552 LINEA A
415,700.00
VR PAGADO:
NOMBRE: ASOPAGOS
CLAVE: 8675963479
ID: 31435960
Fecha Aplicación: 20220309 PIN: 172413
Estimado cliente: Verifique los datos de su pago. Después de retirarse de la ventanilla no se aceptan reclamos.

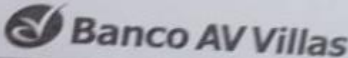
CAP-PRO-083-V2

DETALLE PLANILLA
OPERADOR DE INFORMACIÓN

<p>Razón social: LEYDY CAROLINA GALLEG0 BETANCOURT Identificación: CC-31435960 Código dependencia o sucursal: 0 Nombre dependencia o sucursal: 0 Fecha de generación del reporte: 2022-03-25 Fecha límite de pago: 2022-03-14</p> <p>Planilla Electronica</p> <p>Periodo pensión: 2022-02 Periodo salud: 2022-02 Referencia de pago (PIN): 8618667654 Tipo de planilla: N Clase de planilla: Normal Número de la planilla: 8618667654</p>	<p>Sin pagar</p>
---	------------------

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO DE AFILIADOS	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR	SELECCIONAR TODOS SELECCIONAR NINGUNO
230201	800229739	PROTECCION (ING+PROTECCION)	1	\$0	\$0	\$0	\$5.400	\$5.400	☐
EPS018	805001157	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S.	1	\$0	\$0	\$0	\$4.200	\$4.200	☐
14-23	860011153	ARL - POSITVA COMPANIA DE SEGUROS	1	\$0	\$0	\$0	\$200	\$200	☐
CCF57	890303208	Caja de Compensacion Familiar del Valle del Cauca COMFAMILIAR ANDI COMFANDI	1	\$0	\$0	\$0	\$700	\$700	☐
GRAN TOTAL				\$0	\$0	\$0	\$10.500	\$10.500	

Imprimir Descargar Resumen



COMPROBANTE PAGO DE PLANILLA ASISTIDA PILA

Número identificación del Aportante / Pin Único: **31435960**

Valor a Pagar \$: **10500**

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

PAGO CON NÚMERO DE PLANILLA

Número de Planilla: **8618667654**

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: **2022 02**

VER PAGADO: **185 20220325 16:50 50 357 LINEA A 10,500.00**

NOMBRE: **ASOPAGOS**

CLAVE: **8618667654**

ID: **31435960**

Fecha Aplicación: **20220328** PIN: **165036**

Estimado cliente: Verifique los datos de su pago. Después de retirarse de la ventanilla no se aceptan reclamos.

ESTIMADO CLIENTE: VERIFIQUE QUE LA INFORMACIÓN IMPRESA EN EL COMPROBANTE SEA CORRECTA Y QUE EL VALOR REGISTRADO CORRESPONDA AL VALOR ORIGINADO 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.

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Cartago, 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.	1.011.091.842	JUAN ESTEBAN GALLEGRO	HIJO
		BETANCOURT	

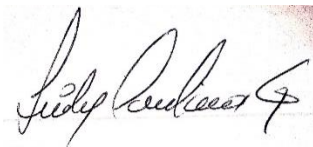
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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: LEYDY CAROLINA GALLEGRO BETANCOURT

C.C. 31.435.960

