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 SANTANDER
CENTRO INDUSTRIAL DEL DISEÑO Y LA MANUFACTURA-SANTANDER
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	**68**
Código Centro	**922510**
Fecha Elaboración	**25 de Abril de 2022**
Versión	**ENERO 2022 - 1,22**
ID de Proceso	**32559-010110**
No. de documento	**416377**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	SOFIA SUAREZ SUAREZ	**C.C.**	1.098.792.265	**IP/Nº de contacto**	111
Correo electrónico contratista:	ssuarez562@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**		79515580285	
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:	3439495/2022			**Nº Compromiso SIIF**		**18422**	
Valor Total del Contrato	$ 44.770.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 36.630.000	**3**	**Del**	**01/04/2022**	**Al**	**30/04/2022**	**$ 4.070.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 32.560.000		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	SERVICIOS PERSONALES: SERVICIOS PROFESIONALES COMO DISEÑADOR WEB, PARA LA ELABORACION, ADECUACION Y AJUSTES DE DOCUMENTOS DE HIPERTEXTO, DISEÑO DE INTERFACES PARA CONTENIDOS WEB, CREACION DE PIEZAS GRAFICAS PL 11 MESES VR MES $4.070.000

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.070.000	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	**$ 4.070.000**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.399.250**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**		**$ 0**

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

	Abril	**Marzo**			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**9432945616**	Valor Base retención en la fuente	2.399.250,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.628.000	$ 1.628.000	Valor Base retención en la fuente ICA	3.606.000,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 203.500	$ 203.500	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 260.500	$ 260.500	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL I	$ 8.500	$ 8.500	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 8299	24.420,00	0,600%
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -		-	0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.522.064	$ -		-	0,00	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.800.400	$ -		-	0,00	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta $ 1.216.128	$ 407.000		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 608.064	$ -				
Renta Exenta 25% $ 9.120.960	$ 799.750		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	**$ 4.045.580,00**	

SON: CUATRO MILLONES CUARENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

hallazgos- CF13 - Tecnólogo Supervisión de sistemas de agua y saneamiento
CF14 - Prevención y control ambiental
hallazgos - CF17 - Tecnólogo Supervisión de sistemas de agua y saneamiento
hallazgos luego de maquetación CF2 - 22220004 - Acciones para la conservación, protección y restauración de los sistemas socio ecoló
CF16 - Prevención y control ambiental
hallazgos - CF14 - Prevención y control ambiental
CF19 Prevención y control ambiental

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.

SOFIA SUAREZ SUAREZ
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,

RAFAEL NEFTALI LIZCANO REYES
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

JUAN MANUEL CASTILLO CALDERON
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

Resumen de Pago por Administradora

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1098792265		SUAREZ SUAREZ SOFIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 158 #18-54	FLORIDABLANCA-SANTANDER	3133711743	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-03	2022-03	1406870350	9432945616	I	2022/04/19	2022/04/11	BANCOLOMBIA	0	$472,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$260,500	$0	$0	$260,500
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$260,500	$0	$0	$260,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$8,500	$0	$0	$8,500
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$8,500	$0	$0	$8,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$203,500	$0	$0	$203,500
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$203,500	$0	$0	$203,500
TOTAL				1	$472,500	$0	$0	$472,500

Floridablanca, 30 de abril. de 22

Señores
Grupo Administración de Salarios (para funcionarios de Digeneral)
Grupo de Apoyo Administrativo Mixto o Gestión de Talento Humano (para las Regionales)
Servicio Nacional de Aprendizaje SENA
Floridablanca

Asunto: Solicitud deducible retención en fuente por dependientes

Estimados señores:

Con la presente solicito que de acuerdo con el Articulo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el Artículo 2º. Párrafo 3ro. del Decreto 099 del 2013, se tenga en cuenta como deducible de mis ingresos brutos provenientes de la relación laboral por el concepto de dependientes, los cuales relaciono a continuación:

Apellidos y Nombre	**Documento Identidad**	**Calidad del Dependiente**
Jimenez Suarez Sebastian	**1.142.720.601**	**Hijos menores 18 años.**

Certifico bajo la gravedad de juramento la información consignada en esta solicitud y me comprometo a enviar solicitud de revocación de aplicación del deducible por dependientes en el caso en que cesen las condiciones que dan origen a esta solicitud.

Cordialmente,

Sofia Suarez S.

Sofia Suarez Suarez
CC. 1098792265

Anexo: Relación de documentos que anexa el trabajador.

- Registro civil de nacimiento X

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1142720601

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 52501846

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría X Número 02 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ **Código** DUH

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

COLOMBIA - SANTANDER - FLORIDABLANCA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
JIMENEZ **********	SUAREZ **********

Nombre(s)

SEBASTIAN **********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2013 Mes FEB Día 20	Masculino	A	Positivo

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

COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	11601345-2

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

SUAREZ SUAREZ SOFIA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
TARJETA DE IDENTIDAD NRO.96112908711	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

JIMENEZ RUEDA GERMAN DARIO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
TARJETA DE IDENTIDAD NRO. 96060918020	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

SUAREZ ORTIZ CLAUDIA CONTANZA

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 51.864.741	

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 2013 Mes MAR Día 04	LUIS ARGEMIRO VELASCO ARIZA Nombre y firma

IMPRESO POR IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA - FOTOMAS E IMPRESOS S.A. NIT 830.175.457-5 TEL. 430 2110

- PRIMERA COPIA PARA EL USUARIO -