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 ANTIOQUIA**
**CENTRO DE DISEÑO Y MANUFACTURA DEL CUERO - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION**
**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** | **5** |
| **Código Centro** | **920110** |
| **Fecha Elaboración** | **Mayo de 2022** |
| **Versión** | **ENERO 2022 - 1,22** |
| **ID de Proceso** | **52204-893048** |
| **No. de documento** | **424535** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | SANDRA MILENA CARDONA GONZALEZ | **C.C.** | 43.624.466 | **IP/Nº de contacto** | 43158 |
| **Correo electrónico contratista:** | ssandra.cardona@misena.edu.co | | | | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Régimen del IVA:** | NO RESPONSABLE | **Pertenece al régimen simple de tributación?** | NO | **Es declarante de renta?** | SI | **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** | | 21864250936 | |
| **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:** | 3362279/2022 | | | **Nº Compromiso SIIF** | | **7322** | |
| **Valor Total del Contrato** | $ 42.906.500 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 29.981.250 | **5** | **Del** | **01/05/2022** | **Al** | **31/05/2022** | **$ 3.997.500,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 25.983.750 | | Legalización comisiones del periodo | | | $ 0,00 | |

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

INSTRUCTOR: 5_9201_96 Prestar servicios personales de carácter temporal para planear y orientar la Formación Profesional Integral, que programe el Centro del Diseño y Manufactura del Cuero en sus diferentes niveles, en modalidad presencial y/o virtual de los programas de las redes de conocimiento: Gestión Administrativa y Financiera, Logística y Gestión de la producción, Comercio y Ventas;

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 3.997.500 | | 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** | **$ 3.997.500** | | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 2.356.463** | | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

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

| | **Mayo** | **Abril** |
|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | ---------- | **1045916320** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 1.599.000 | $ 1.599.000 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 199.900 | $ 199.900 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 255.900 | $ 255.900 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 |
| ARL I | $ 8.400 | $ 8.400 |
| 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 | $ 399.750 | |
| Salud hasta $ 608.064 | $ - | |
| Renta Exenta 25% $ 9.120.960 | $ 785.488 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Valor Base retención en la fuente | 2.356.463,00 | TARIFA |
| Valor Base retención en la fuente ICA | 3.541.700,00 | |
| 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 | 0,400% |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| Jaime Isaza Cadavid | 15.990,00 | 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** | **$ 3.981.510,00** | |

**SON: TRES MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA Y UN MIL QUINIENTOS DIEZ PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

IMPARTIR FORMACION EN FICHAS 2364510, 2449476, 2282626, 2394972, 2499888 y 2531320

**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.

**SANDRA MILENA CARDONA GONZALEZ**
**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,

**JUAN CARLOS BLANDON ESTRADA**
**COORDINADOR ACADÉMICO**

**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**

**JULIAN ESTEBAN RAMIREZ VELASQUEZ**
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02**

# PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

**Fecha creación reporte** 2022-05-07, 09:23:31 AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1045916320

**Periodo Cotización** 202204 **Periodo Servicio** 202204

**Cliente:**

## PAGADA 2022-05-07 EN HORARIO EXTENDIDO

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Razón Social** | SANDRA MILENA CARDONA GONZALEZ | | | | |
| **Documento** | CC 43624466 | **Dirección** | CL 41 B SUR 34 50 | | |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3790051 | | |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO | **Total Afiliados** | 1 |
| **Ciudad** | MEDELLIN | **Departamento** | ANTIOQUIA | | |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | | | |

### II. DATOS DEL AFILIADO

| **Documento** | CC 43624466 | | Residente | | Exonerado | N | **Apellidos y Nombres** | **Código Ciudad - Departamento** | **Centro de Trabajo** | **Ubicación Laboral** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo Cotizante | 59 | 00 | | | | | CARDONA GONZALEZ SANDRA MILENA | 5360000 - 5 | 000000001 | ANTIOQUIA |

### III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

| Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Extranjero | Tipo salario | Salario | Pensión | | | | | | | Salud | | | | | | Riesgos | | | | | Caja | | | | Parafiscales | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | | | | Código AFP | Código Tras. AFP | Tarifa AFP | IBC | Total Aporte AFP | Total Aporte FSP | Total Aporte FSPS | Código EPS | Código Tras. EPS | Tarifa EPS | IBC EPS | Aporte Salud | Aporte UPC | Código ARL | Clase Riesgo | Tarifa ARL | IBC ARL | Aporte Riesgos | Código CCF | Tarifa CCF | IBC CCF | Aporte Caja | Tarifa SENA | Aporte SENA | Tarifa ICBF | Aporte ICBF |
| | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | | | $ 1.599.000 | 231001 | | 16 % | $ 1.599.000 | $ 255.900 | $ 0 | $ 0 | EPS010 | | 12,5 % | $ 1.599.000 | $ 199.900 | $ 0 | 14-23 | 1 | 0,522 % | $ 1.599.000 | $ 8.400 | NIN-CC | 0 % | $ 0 | $ 0 | 0 % | $ 0 | 0 % | $ 0 |

### IV.TOTALES

| Total Aportes Pensión | Total Aportes FSP | Total Aportes FSPS | Total Aportes Salud | Total Aportes Riesgos | Total Aportes Cajas | Total Aportes SENA | Total Aportes ICBF | Total Aportes ESAP | Total Aportes MEN | Total Final |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| COLFONDOS | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | EPS SURA | POSITIVA DE SEGUROS | NINGUNA CCF | SENA | ICBF | ESAP | MEN | |
| $ 255.900 | $ 0 | $ 0 | $ 199.900 | $ 8.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 464.200 |



**Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!**

¡El Poder de lo SIMPLE!

*CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS*

Itagüí, 31 de enero 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.** | **1025650445** | **SIMÓN YEPES CARDONA** | **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: Sandra Milena Cardona González

C.C. 43624466

REPÚBLICA DE COLOMBIA

LIBRO 419-2007 (R)

VARIOS 133 folio 158

ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCION NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

* 41083134 *

NUIP 1025650445

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 41083134

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

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [X 4] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 0 0 4

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

COLOMBIA - ANTIOQUIA - MEDELLIN

**Datos del inscrito**

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| YEPES - - - | CARDONA - - - |

Nombre(s)

SIMON

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo Sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2007 Mes SEP Día 16 | MASCULINO - - | | |

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

COLOMBIA - ANTIOQUIA - MEDELLIN - CLINICA EL ROSARIO - - -

| Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO NACIDO VIVO - - - | A- 8091798 - - |

**Datos de la madre**

Apellidos y nombres completos

CARDONA GONZALEZ SANDRA MILENA - -

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CEDULA CIUDADANIA 43.624.466 MEDELLIN - - | COLOMBIANA - - |

**Datos del padre**

Apellidos y nombres completos

YEPES PABON ANDRES DARIO - - -

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CEDULA CIUDADANIA 71.791.862 MEDELLIN - - | COLOMBIANA - - |

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos

YEPES PABON ANDRES DARIO - -

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| CEDULA CIUDADANIA 71.791.862 MEDELLIN | Andres Yepes P. |

**Datos primer testigo**

tel. 416.34.59

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 2007 Mes SEP Día 19 | Fco. Alonso Garcés Correa. Not. 4 ... Nombre y firma |

**Reconocimiento paterno**

Andres Yepes P.

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Fco. Alonso Garcés Correa. Not. 4 ... Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

— ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO —