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 VALLE
CENTRO AGROPECUARIO DE BUGA-VALLE - 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	**76**
Código Centro	**912410**
Fecha Elaboración	**Mayo de 2022**
Versión	**ENERO 2022 - 1,22**
ID de Proceso	**04834-321482**
No. de documento	**433636**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	ISMELDA SILVA GOMEZ	**C.C.**	36.112.800	**IP/Nº de contacto**	3114747856
Correo electrónico contratista:	isilgo@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:	DAVIVIENDA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		488402193426	
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:	3484523/2022			**Nº Compromiso SIIF**		**24622**	
Valor Total del Contrato	$ 41.013.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 29.295.000	**4**	**Del**	**01/05/2022**	**Al**	**31/05/2022**	**$ 3.906.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 25.389.000		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE CARÁCTER TEMPORAL ORIENTANDO FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL COMO INSTRUCTOR SENA A TRAVÉS DE ACCIONES REGULARES EN LAS MODALIDADES PRESENCIAL Y A DISTANCIA EN LOS DIFERENTES NIVELES DE FORMACIÓN DEL CAB

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.906.000		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	**$ 3.906.000**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.302.575**		**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	----------	**8619344591**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.562.400	$ 1.562.400
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 195.300	$ 195.300
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 250.000	$ 250.000
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 8.200	$ 8.200
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	$ 390.600	
Salud hasta $ 608.064	$ -	
Renta Exenta 25% $ 9.120.960	$ 767.525	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.302.575,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.460.700,00	
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 - 8523	11.718,00	0,300%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Pro-UCEVA	19.530,00	0,500%
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	**$ 3.874.752,00**	

SON: TRES MILLONES OCHOCIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Impartir formación cursos complementarios virtuales:
Fichas: 2531678 - 2531681 - 2531688 - 2531694: FACTURACION DE LOS SERVICIOS EN SALUD
Fichas: 2555551 - 2555552 - 2555553 - 2555562: FACTURACION DE LOS SERVICIOS EN SALUD

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.

ISMELDA SILVA GOMEZ
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,

LILIANA URRIAGO FONTAL
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

DIEGO FERNANDO BOLAÑOS BUSTOS
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL :	ISMELDA SILVA GOMEZ
IDENTIFICACION:	CC-36112800
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2022-05-17
FECHA LIMITE DE PAGO:	2022-05-17
FECHA DE PAGO:	2022-05-17
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE BOGOTA
PERIODO PENSION:	2022-04
PERIODO SALUD:	2022-04
NUMERO PLANILLA:	8619359280
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8699478723
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	$ 1.562.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 195.300	$ 195.300
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	$ 1.562.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 250.000	$ 250.000
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 1.562.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 8.200	$ 8.200
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 453.500	$ 453.500

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	02/06/2022

MOVIIRED

16/05/2022 15:13:56
ASOTRAMITES LUMA
#068010

No. transacción
ON220516.1513.J09127

TRANSACCIÓN EXITOSA
PAGO DE FACTURAS

Banco de Bogotá

No. autorización 300473
Convenio: PLANILLA ASISTIDA ASOPAGOS
No. Ref: 8699478723
Valor: $453,500

LINEA DE ATENCIÓN 018000 512825 (opción 3) Bogotá: 3077200 (opción 3)

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Pitalito, 17 de febrero 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:

C.C.	**1007587096**	**Ana Karina Calderón Silva**	**HIJO**

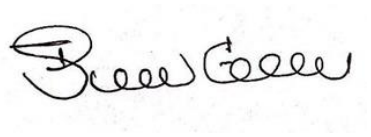
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Hijo entre 18 y 23 años, y me encuentro financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES ' o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados

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.

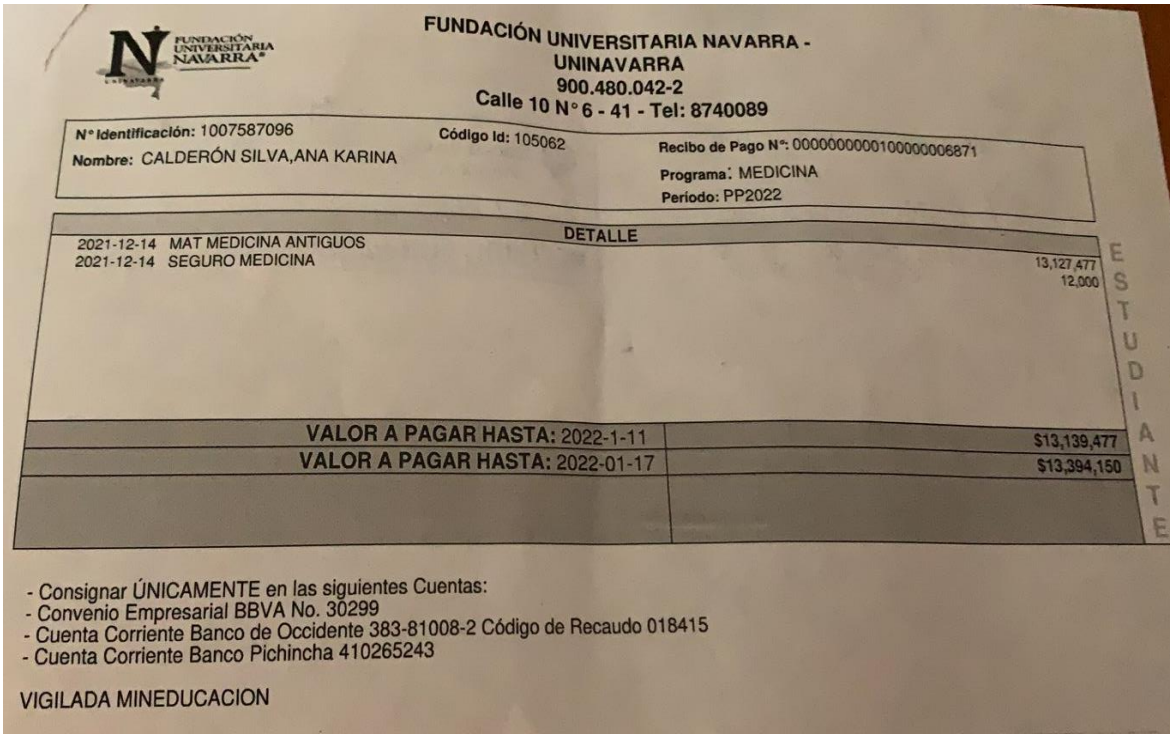
Cordialmente,



_____
FIRMA

Nombre: ISMELDA SILVA GOMEZ

C.C. 36.112.800 de Isnos (H)



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA NAVARRA - UNINAVARRA
900.480.042-2
Calle 10 N° 6 - 41 - Tel: 8740089

N° Identificación: 1007587096 **Código Id:** 105062 **Recibo de Pago N°:** 00000000001000000006871
Nombre: CALDERÓN SILVA,ANA KARINA **Programa:** MEDICINA
Periodo: PP2022

DETALLE	
2021-12-14 MAT MEDICINA ANTIGUOS	13,127,477
2021-12-14 SEGURO MEDICINA	12,000
VALOR A PAGAR HASTA: 2022-1-11	$13,139,477
VALOR A PAGAR HASTA: 2022-01-17	$13,394,150

ESTUDIANTE

- Consignar ÚNICAMENTE en las siguientes Cuentas:
- Convenio Empresarial BBVA No. 30299
- Cuenta Corriente Banco de Occidente 383-81008-2 Código de Recaudo 018415
- Cuenta Corriente Banco Pichincha 410265243

VIGILADA MINEDUCACION

REPÚBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACIÓN PERSONAL

CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.007.587.096

CALDERON SILVA

APELLIDOS

ANA KARINA

NOMBRES

Ana Karina Calderón

FIRMA



Escaneado con CamScanner



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **06-ABR-2003**

PITALITO
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.73
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

12-ABR-2021 PITALITO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1906100-01233683-F-1007587096-20210520 **0074**10231A 1 8501871217

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Escaneado con CamScanner