

AMANDA DELBARRE LOZANO
NIT: 35144217-7
Dirección: CRA 14C 48 34 SEGUNDO PISO B/LOS ANGELES
Ciudad: MONTERIA - CORDOBA
Teléfono: 3103622890
Email: amandadelbarre@gmail.com
Resolución DIAN No. 18764022192091 del 2021-12-01 al 2022-06-01 Rango del FEAD30 al FEAD100
NO RESPONSABLE DEL IVA

CLIENTE: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
NIT / CC: 899999034-1
DIRECCION: MONTERIA
CIUDAD: MONTERIA
DEPARTAMENTO: CORDOBA
TELEFONO:
EMAIL: siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co
VENDEDOR: DELBARRE LOZANO AMANDA LUCIA

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA: **FEAD48**
FECHA EXPEDICION: 17-05-2022 17:42
FECHA VENCIMIENTO: 17-05-2022
Elaboración: 17-05-2022 17:42
FORMA PAGO: CONTADO Efectivo
REMISION:

Código	Descripción	UM	Cantidad	Vr.Unitario	%INC	%IVA	Valor Total
2	HONORARIOS EVALUADOR ECCL	UND	1.00	3,897,000.00	0.0	0.0	3,897,000.00

Observaciones: Honorarios del mes de mayo de 2022

Valor en Letras: TRES MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL PESOS

CUFE: c2140465bd0a1b0c36b272c452023e70bca3067e6a16778efe901f7e39dc16633027028a896be86077ef48e4e3e35166

Subtotal:	3,897,000.00
Descuento:	0.00
Impoconsumo:	0.00
IVA:	0.00
Total Factura:	**3,897,000.00**
Retefuente:	0.00
ReteIVA:	0.00
NETO A PAGAR:	**3,897,000.00**

La presente factura de venta se asimila a todos los efectos a una letra de cambio. (Codígo de Comercio. Articulo 774 Numeral 5). Causará vencida la fecha de pago intereses de mora máximo permitido por la ley.

Manifiesto que recibí real y materialmente las mercancias y servicios indicados en esta factura

Nombre, firma, cédula y sello

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES (obligados a facturar)
REGIONAL CÓRDOBA
CERTIFICACION COMPETENCIAS LABORALES-CENTRO AGROPECUARIO Y DE BIOTECNOLOGIA EL P

Código Regional	**23**
Código Centro	**911510**
Fecha Elaboración	**Mayo de 2022**
Versión	**ENERO 2022 - 1,22**
ID de Proceso	**09695-465383**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	AMANDA LUCIA DELBARRE LOZANO	**C.C.**	35.144.217	**IP/Nº de contacto**	53372
Correo electrónico contratista:	adelbarre@sena.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	SI	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**		SI	
Banco al cual consignar:	BANCO BBVA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		280923921	
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:	3177251/2022			**Nº Compromiso SIIF**		**822**	
Valor Total del Contrato	$ 38.970.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 27.279.000	**4**	**Del**	**01/05/2022**	**Al**	**31/05/2022**	**$ 3.897.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 23.382.000		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA LA EVALUACIÓN DE COMPETENCIAS LABORALES EN EL AREA DE CONTABILIDAD Y FINANZAS

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.897.000	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	**$ 3.897.000**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.297.175**	**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	----------	**9433075871**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.558.800	$ 1.558.800
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 194.900	$ 194.900
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 249.500	$ 249.500
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 16.300	$ 16.300
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	$ 389.700	
Salud hasta $ 608.064	$ -	
Renta Exenta 25% $ 9.120.960	$ 765.725	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.297.175,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.452.600,00	
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	6.905,00	0,200%
-	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	**$ 3.890.095,00**	

SON: TRES MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA MIL NOVENTA Y CINCO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Elaborar actas para verificación de proyecto 272.
Aplicación de oportunidad proyecto 272.
Aplicación de prueba de conocimiento p883
Revisión de ítems de la oportunidad 210303038
Reunión de seguimiento del proceso con el Subdirector de Centro.

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.

AMANDA LUCIA DELBARRE LOZANO
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,

DIANA GUERRA RODRIGUEZ
PROFESIONAL G02

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

JOSÉ NICOLAS BARRIOS SIERRA
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 35144217		DELBARRE LOZANO AMANDA LUCIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 14C #48-34 APTO 201	MONTERIA-CORDOBA	7900115	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-04	2022-04	1390580530	9433075871	I	2022/05/05	2022/03/31	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	$590,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC	35144217	DELBARRE LOZANO AMANDA LUCIA	25-14	30	$2,000,000	$320,000	EPS002	30	$2,000,000	$250,000		0	$0	$0	14-23	30	$2,000,000	$20,900	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$2,000,000	$320,000			$2,000,000	$250,000			$0	$0			$2,000,000	$20,900		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$320,000	$0	$0	$320,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$320,000	$0	$0	$320,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$20,900	$0	$0	$20,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$20,900	$0	$0	$20,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$250,000	$0	$0	$250,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$250,000	$0	$0	$250,000
TOTAL				1	$590,900	$0	$0	$590,900

2022/05/17 04:00 PM

aportes en línea

Comprobante de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono
CC 35144217		DELBARRE LOZANO AMANDA LUCIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 14C #48-34 APTO 201	MONTERIA-CORDOBA	7900115

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION			
Periodo Pensión	**2022-04**	Periodo Salud	**2022-04**
Fecha límite de pago	**2022/05/05**	Fecha de pago	**2022/03/31**
Dias de mora	**0**	Tasa de mora	**26.16%**

TOTALES	
Valor a pagar	**$590,900**
Intereses de mora	**$0**
Saldos e incapacidades	**$0**
Valor total	**$590,900**

DATOS DE LA TRANSACCIÓN	
Clave planilla	**9433075871**
Clave de pago	**1390580530**
Banco	**BANCO BBVA COLOMBIA S.A.**

2022/05/17 04:01 PM