

 <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	85
	REGIONAL CASANARE		Código Centro	951910
	CENTRO AGROINDUSTRIAL Y FORTALECIMIENTO EMPRESARIAL DE CASANARE - SERVICIOS PREST		Fecha Elaboración	Mayo de 2022
	Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Versión	MAYO 2022 - 2,22
	Resolución DIAN N° 18764024257695 autoriza desde 360,001 hasta 750,000 (Enero 18 de 2022)		ID de Proceso	67676-556817
			No. de documento	449227

DATOS DEL CONTRATISTA			
Nombres y apellidos contratista:	DELIA PATRICIA LOPEZ MARTINEZ	C.C.	33.645.153
Correo electrónico contratista:	dplopezm@misena.edu.co	IP/N° de contacto	0
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:	BANCOLOMBIA	Tipo de cta	AHORROS
		N° Cuenta	36349807909
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:	3265777/2022	N° Compromiso SIIF	5822
Valor Total del Contrato	\$ 39.000.000	N ° Pago	5
Saldo Anterior del Contrato	\$ 26.520.000	Periodo objeto de pago	Del 01/05/2022 Al 31/05/2022
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 22.620.000	Legalización comisiones del periodo	\$ 0,00
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES PARA ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL PRESENCIAL QUE EL CENTRO PROGRAME PARA LA RED DE CONOCIMIENTO GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA - GESTION DOCUMENTAL, SEGÚN RADICADO 85-9-2022-000225.	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Ingresos por honorarios	\$ 3.900.000	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	\$ 3.900.000	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 2.299.050	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	Mayo	Abril	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.560.000	\$ 1.560.000	Valor Base retención en la fuente 2.299.050,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 195.000	\$ 195.000	Valor Base retención en la fuente ICA 3.455.400,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 249.600	\$ 249.600	Valor base IVA 0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00
ARL	\$ 8.200	\$ 8.200	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 - 8299 39.000,00
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	\$ -		0,00
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		0,00
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		0,00
Dependientes hasta \$ 1.216.128	\$ 390.000		0,00
Salud hasta \$ 608.064	\$ -		0,00
Renta Exenta 25% \$ 9.120.960	\$ 766.350		0,00
Retención en la Fuente Contingente \$ -			0,00
			VALOR A PAGAR \$ 3.861.000,00

SON: TRES MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA Y UN MIL PESOS M/CTE ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO TECNOLOGO GESTION DOCUMENTAL FICHA 2254226 1. Diagnosticar el fondo acumulado para planear su intervención, de acuerdo con la normativa y las políticas de la empresa. 2. Proyectar el Plan de trabajo archivístico que establezca las acciones a seguir para organizar el fondo acumulado. 3. Elaborar cuadros de clasificación documental teniendo en cuenta las diferentes estructuras orgánico-funcionales y la normativa. TOTAL HORAS EJECUTADAS: 165 TOTAL HORAS COBRADAS: 160	
---	--

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.	DELIA PATRICIA LOPEZ MARTINEZ EL CONTRATISTA
--	---

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO	
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí 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, MONICA LUCIA MANCIPE RIVERA INSTRUCTOR G11

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 <div style="text-align: center;"> JOHANA ASTRID MEDINA PEÑA DIRECTORA REGIONAL CON FUNCIONES DE SUBDIRECTOR DE CENTRO </div>
--

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	33645153	DELIA PATRICIA LOPEZ MARTINEZ		CRA 15 No. 41b-10	3114409774	deliapatricialopez@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CASANARE	YOPAL	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2022-04	2022-04	I	10/05/2022	58525710	\$1.077.600

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	435.400	0		0		0	0	0	0	435.400	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	557.300	0	0	0	0	0	0		557.300	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	84.900				84.900	0	0	84.900			849	84.900	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre				NIT	Valor Aporte	Días Mora
						Valor Mora Aporte	Total a Pagar
							No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	435.400	435.400
Pensión	1	557.300	557.300
Riesgos Laborales	1	84.900	84.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.077.600	1.077.600

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	33645153	DELIA PATRICIA LOPEZ MARTINEZ		CRA 15 No. 41b-10	3114409774	deliapatricialopez@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CASANARE	YOPAL	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2022-04	2022-04	I	10/05/2022	58525710	\$1.077.600

DETALLE POR COTIZANTE																																													
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN								SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES								
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Clasificación	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IDE	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN					
1	CC	33645153	LOPEZ MARTINEZ DELIA PATRICIA	59	0		N																		230301	3.483.000	557.300	0	0	0	0	EPS037	3.483.000	435.400	14-23	3.483.000	3	84.900		0	0	0	0	0	0

PAGADA

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Yopal, 31 de Mayo 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:

NUIP - NIP	1.118.532.574	STIP ANDREW CASTRO LOPEZ	HIJO
-------------------	----------------------	---------------------------------	-------------

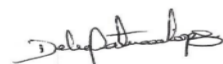
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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: DELIA PATRICIA LÓPEZ MARTINEZ

C.C. 33.645.153 de Aguazul

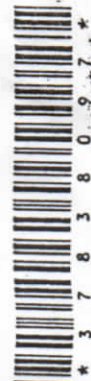


ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NÚIP 1118532574

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 37838097



Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒ Notaría ☐ Número ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código W X R

REGISTRADURIA DE YOPAL COLOMBIA CASANARE YOPAL*****

Datos del inscrito

Primer Apellido CASTRO***** Segundo Apellido LOPEZ*****

Nombre(s) STIE ANDREW*****

Fecha de nacimiento Año 2004 Mes SEP Día 09 Sexo (en letras) MASCULINO***** Grupo sanguíneo O***** Factor RH -*****

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección) COLOMBIA CASANARE YOPAL*****

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO***** Número certificado de nacido vivo A5734132*****

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

LOPEZ MARTINEZ DELIA PATRICIA*****

Documento de identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA 0033645153***** Nacionalidad COLOMBIA*****

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

CASTRO CARVAJAL JOSE EVARISTO*****

Documento de identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA 0074752908***** Nacionalidad COLOMBIA*****

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

CASTRO CARVAJAL JOSE EVARISTO*****

Documento de identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA 0074752908***** Firma

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)

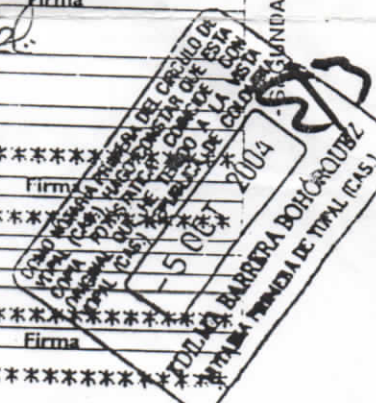
***** Firma

Fecha de inscripción

Año 2004 Mes OCT Día 05

Nombre y firma del funcionario que autoriza

JAIME HERALDO RODRIGUEZ GRANADOS*
Nombre y firma



Yopal, Mayo 31 de 2022.

Señores:
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE- SENA.
Ciudad.
E.S.D.

Referencia: información de ingresos año 2021

Yo DELIA PATRICIA LOPEZ MARTINEZ identificado (a) con documento de identidad (CC) No. 33.645.153 de Aguazul, conforme a lo previsto en el parágrafo del Art. 6 del Decreto 139 del 2022, **certifico bajo gravedad de juramento**, que el total de mis ingresos del año 2021 fueron Ciento Veinte un millón Trescientos doce mil cuarenta pesos M/cte \$121.312.040).

En constancia de lo anterior, firmo en la ciudad de Yopal, siendo las 9:00 am del 31 de Mayo de 2022.

Firma: 
Nombre: DELIA PATRICIA LÓPEZ MARTINEZ
Dirección de residencia: Cra 15 No. 41b-10
Ciudad de Residencia: Yopal Casanare
No. de teléfono: 3114409774
No. de Celular: 3114409774
Correo electrónico: dplopezm2206@gmail.com