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 CAUCA
CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS - CAUCA - EMPRENDE RURAL
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	**19**
Código Centro	**930710**
Fecha Elaboración	**Julio de 2022**
Versión	**MAYO 2022 - 2,22**
ID de Proceso	**59280-586922**
No. de documento	**484956**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	LINA VANESSA RAMOS URBANO	**C.C.**	1.061.762.167	**IP/Nº de contacto**	0
Correo electrónico contratista:	lvramosu@gmail.com				

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 ?**		NO	
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		91231026261	
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:	3291562/2022			**Nº Compromiso SIIF**		**13222**	
Valor Total del Contrato	$ 35.128.800	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 17.434.293	**6**	**Del**	**01/07/2022**	**Al**	**31/07/2022**	**$ 3.903.200,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 13.531.093		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

Prestar servicios personales de carácter temporal como instructor contratista, impartiendo formación profesional integral presencial, a distancia o virtual; en el programa de formación SER, del centro de comercio y servicio, área o red de conocimiento: Empresarismo. Negocios rurales emprendimiento en el procesamiento de productos de panificación; Según las necesidades del servicio, en el o los

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.903.200		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	**$ 3.903.200**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.300.835**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Julio	**Junio**			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**7840667301**	Valor Base retención en la fuente	2.300.835,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.561.280	$ 1.561.280	Valor Base retención en la fuente ICA	3.458.100,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 195.200	$ 195.200	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 249.900	$ 249.900	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	$ 8.200	$ 8.200	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 300	6.916,00	0,200%
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	$ 390.320		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 608.064	$ -				
Renta Exenta 25% $ 9.120.960	$ 766.945		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	**$ 3.896.284,00**	

SON: TRES MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y CUATRO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Desarrollar formación profesional integral, en el programa de formación SER, del centro de comercio y servicio, en las formaciones: Emprendedor en elaboración de accesorios artesanales con fichas #2567460, #2497524 y #2529890, en los municipios de La Vega (Vda San Miguel), Guachene y Santander de Quilichao respectivamente; los días (1,8) de julio en La Vega (Vda San Miguel), (6,13,20,27) de julio en Guachene y (5,12,19,26) de julio en Santander de Quilichao, con #80 horas de formación. Emprendedor en desarrollo de actividades turísticas en espacios naturales con ficha #2521514, en el municipio de Mercaderes; los días (7,14,21,28,30) de julio con #40 horas de formación. Emprendedor en el procesamiento de productos de chocolatería con fichas #2550331 y #2578139, en los municipios de Caloto y el Tambo (Vda Cuatro Esquinas) respectivamente; los días (4,9,11,18,25) de julio en Caloto y (15,22) de julio en el Tambo (Vda Cuatro Esquinas) con #56 horas de formación. Para un total de #176 horas de formación.

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.

LINA VANESSA RAMOS URBANO
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,

ANA ALEXANDRA RODRIGUEZ VARGAS
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

HERNANDO RAMIREZ DULCEY
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1061762167
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			LINA VANESSA RAMOS URBANO
CIUDAD/MUNICIPIO:	POPAYAN	DEPARTAMENTO:	CAUCA
DIRECCIÓN:	CARRERA 3 # 8-54	TELÉFONO:	1234567
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**7840667301**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES junio AÑO	2022	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES junio AÑO	2022
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2022/06/30	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1528586179

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 251.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 251.500	$ 0	$ 251.500
SUBTOTALES:										**$ 251.500**	**$ 0**	**$ 251.500**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPSIC3	EPSIC3-ASOC. INDIG. DEL CAUCA A.I.C	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 196.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 196.500	$ 0	$ 0	$ 196.500
SUBTOTALES:													**$ 196.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 196.500**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 8.300	$ 8.300	$ 0	$ 0	$ 8.300
SUBTOTALES:									**$ 8.300**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 8.300**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																								PARAFISCALES						
																												PENSIÓN								SALUD						ARP																
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1061762167	RAMOS URBANO LINA VANESSA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.571.280				NO																		25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.571.280	$ 251.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 251.500	EPSIC3-ASOC. INDIG. DEL CAUCA A.I.C	30	$ 1.571.280	$ 196.500	$ 0	$ 196.500	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.571.280	106176216	$ 8.300		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 456.300**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1061762167
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			LINA VANESSA RAMOS URBANO
CIUDAD/MUNICIPIO:	POPAYAN	DEPARTAMENTO:	CAUCA
DIRECCIÓN:	CARRERA 3 # 8-54	TELÉFONO:	1234567
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7840667301**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	junio	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	junio
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2022	SALUD:	AÑO:	2022
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2022/06/30	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1528586179

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 251.500
SUBTOTAL:			1	**$ 251.500**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
817001773	EPSIC3	EPSIC3-ASOC. INDIG. DEL CAUCA A.I.C	1	$ 196.500
SUBTOTAL:			1	**$ 196.500**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 8.300
SUBTOTAL:			1	**$ 8.300**

TOTAL PAGADO:	**$ 456.300**

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Popayán, 13 de julio del 2022

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
POPAYAN - CAUCA

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 empleado contribuyente y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el parágrafo cuarto del artículo segundo del Decreto 0099 de 2013, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

NUIP - NIP	**1059248322**	**EMMANUEL GUACA RAMOS**	**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: LINA VANESSA RAMOS URBANO

C.C. 1.061.762.167 DE POPAYAN

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial: 55273145

55273145

NUIP: 1.059.248.322

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 03 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código F 3 H

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA - CAUCA - POPAYÁN

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
GUACA	RAMOS

Nombre(s): EMMANUEL

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2017 Mes MAY Día 27	MASCULINO	O	POSITIVO

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

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO NACIDO VIVO	14099373-5

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos
RAMOS URBANO LINA VANESSA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CÉDULA DE CIUDADANÍA NO. 1.061.762.167	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos
GUACA CAMPO JOSE LUIS

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CÉDULA DE CIUDADANÍA NO. 1.061.762.858	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos
GUACA CAMPO JOSE LUIS

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CÉDULA DE CIUDADANÍA NO. 1.061.762.858	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos
********** **********

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CÉDULA DE CIUDADANÍA NO. *.***.***.***	

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos
********** **********

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CÉDULA DE CIUDADANÍA NO. *.***.***.***	

Fecha de inscripción

Año 2017 Mes JUN Día 08

Nombre y firma del funcionario que autoriza

LINEY MAGNOLIA COLLAZOS FERNANDEZ
Nombre y firma

REPÚBLICA DE COLOMBIA — LINEY MAGNOLIA COLLAZOS FERNANDEZ — Notaría Tercera Encargada — POPAYÁN - CAUCA

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -