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 BOYACÁ
CENTRO INDUSTRIAL DE MANTENIMIENTO Y MANUFACTURA- BOYACA - SERVICIOS PRESTADOS A L
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	**15**
Código Centro	**951410**
Fecha Elaboración	**Julio de 2022**
Versión	**MAYO 2022 - 2,22**
ID de Proceso	**27956-079151**
No. de documento	**496242**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	RUDY VIVIAN BECERRA ABRIL	**C.C.**	1.053.538.136	**IP/Nº de contacto**	3013465471
Correo electrónico contratista:	rvbecerra@sena.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 ?** NO

Banco al cual consignar: DAVIVIENDA **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 186070421315

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: 3503671/2022 **Nº Compromiso SIIF** 89722

Valor Total del Contrato	$ 31.410.167	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**			**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 21.236.834	**4**	**Del**	**01/07/2022**	**Al** 31/07/2022	**$ 3.815.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 17.421.834		Legalización comisiones del periodo		$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

Prestar los servicios personales para planear, orientar y evaluar actividades de Formación Profesional Integral que imparte el Centro Industrial de Mantenimiento y Manufactura en la red de conocimiento LOGÍSTICA Y GESTIÓN DE LA PRODUCCIÓN, área temática de SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN en los programas de formación Titulada Regular o Complementaria de conformidad con los

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.815.000		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	**$ 3.815.000**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.248.875**		**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	----------	**4455798011**	Valor Base retención en la fuente	2.248.875,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.526.000	$ 1.526.000	Valor Base retención en la fuente ICA	3.380.000,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 190.800	$ 190.800	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 244.200	$ 244.200	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 II	$ 16.000	$ 16.000	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 8299	0,00	1,000%
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	$ 381.500		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 608.064	$ -				
Renta Exenta 25% $ 9.120.960	$ 749.625		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	**$ 3.815.000,00**	

SON: TRES MILLONES OCHOCIENTOS QUINCE MIL PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DEL 01 DE JULIO AL 31 DE JULIO según objeto de contrato de prestación de servicios
Código de fichas: 2365055-
TOTAL HORAS ACTIVIDADES ACADEMICAS: 114
TOTAL HORAS ADICIONALES: 32
TOTAL HORAS MES: 146
todas las actividades están registrada en el sistema SENASOFIAPLUS en el periodo correspondiente

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.

RUDY VIVIAN BECERRA ABRIL
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,

CESAR JULIO PEÑA SANCHEZ
INSTRUCTOR G20

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

JOSE MARIA GOMEZ RODRIGUEZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1053538136
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			RUDY VIVIANA BECERRA
CIUDAD/MUNICIPIO:	SOGAMOSO	DEPARTAMENTO:	BOYACA
DIRECCIÓN:	CENTRO	TELÉFONO:	7777777
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		4455798011	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):		2022/07/18	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		2071889120

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	$ 176.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 176.000	$ 0	$ 176.000
SUBTOTALES:										**$ 176.000**	**$ 0**	**$ 176.000**

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
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 137.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 137.500	$ 0	$ 0	$ 137.500
SUBTOTALES:													**$ 137.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 137.500**

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 1053538136	BECERRA ABRIL RUDY VIVIAN	INDEPEND		$ 1.018.000			NO								01-30										25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.100.000	$ 176.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 176.000	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.100.000	$ 137.500	$ 0	$ 137.500			$ 0		$ 0		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 313.500

Planilla Pagada
ach SOI
Planilla Pagada

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Sogamoso 18 de Julio 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 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:

T.I.	**1058354888**	**Inés Juliana Rincón Becerra**	**HIJO**

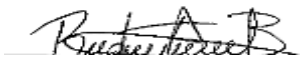
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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: Rudy Vivian Becerra Abril

C.C. 1.053.538.13



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.058.354.888

RINCON BECERRA

APELLIDOS

INES JULIANA

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 03-JUN-2009

SOGAMOSO
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

03-JUN-2027 O+ F

FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

06-DIC-2016 TIBASOSA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-0730700-00881120-F-1058354888-20170207 0053492997A 1 46719194

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1058354888

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 42115146

42115146

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [ ] Notaria [X] Número 02 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspeccion de Policia [ ] Código 1248

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspeccion de Policia

COLOMBIA BOYACA SOGAMOSO * * * * * * * * * * * *

Datos del inscrito

Primer Apellido: RINCON * * * * * * * *

Segundo Apellido: BECERRA * * * * * * *

Nombre(s): INES JULIANA

Fecha de nacimiento: Año 2009 Mes JUN Día 03

Sexo (en letras): FEMENINO

Grupo Sanguineo: O

Factor RH: POSITIVO

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

SOGAMOSO , (COLOMBIA BOYACA SOGAMOSO) * * * * *

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos: CERTIFICADO DE NACIDO VIVO * * * * * * * *

Número certificado de nacido vivo: 51638480-3

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: BECERRA ABRIL RUDY VIVIAN *

Documento de identificación (Clase y número): C.C. 1.053.538.136 IZA * * * * * * * * * * *

Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: RINCON RODRIGUEZ ANDRES WALFREDO * * * * * * * * * * * * * * * * * *

Documento de identificación (Clase y número): C.C. 80.241.180 BOGOTA * * * * * * * * *

Nacionalidad:

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: RINCON RODRIGUEZ ANDRES WALFREDO * * * * * * * * * * * * * * * * *

Documento de identificación (Clase y número): C.C. 80.241.180 BOGOTA * * * * * * * * * * *

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 2009 Mes JUN Día 16

Nombre y firma del funcionario que autoriza

ROSALIA CAMARGO PALACIOS

Nombre y Firma

REPUBLICA DE COLOMBIA
Rosalia Camargo Palacios
NOTARIA
SEGUNDA SOGAMOSO BOY.

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

ROSALIA CAMARGO PALACIOS

Nombre y Firma

REPUBLICA DE COLOMBIA
Rosalia Camargo Palacios
NOTARIA
SEGUNDA SOGAMOSO BOY.

ESPACIO PARA NOTAS

LA NOTARIA SEGUNDA DEL CIRCULO DE SOGAMOSO HACE CONSTAR QUE ESTA FOTOCOPIA CORRESPONDE A SU ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DEL REGISTRO CIVIL SE EXPIDE EN PAPEL COMÚN (LEY 2ª DE 1976). PARA DEMOSTRAR PARENTESCO DE CONFORMIDAD CON EL ARTICULO 115, DCTO. 1260 DE 1970.

SOGAMOSO: 22 JUN 2021

Lucy Mesa Díaz
NOTARIA SEGUNDA DE SOGAMOSO

REPUBLICA DE COLOMBIA
Nubia Edelmira Aguirre Pinzón
NOTARIA SEGUNDA ENCARGADA
SOGAMOSO - BOYACA

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Notario Encargado Por Resolución No. 05558 de 21 JUN 2021 de la Superintendencia de Notariado y Registro