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 MINERO- BOYACA - 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	**15**
Código Centro	**911110**
Fecha Elaboración	**Julio de 2022**
Versión	**MAYO 2022 - 2,22**
ID de Proceso	**06138-407020**
No. de documento	**485674**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	LINA PAOLA TORRES PEREZ	**C.C.**	46.374.754	**IP/Nº de contacto**	3132792613
Correo electrónico contratista:	litorresp@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 ?**		SI	
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		35836575383	
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:	3372033/2022			**Nº Compromiso SIIF**		**10722**	
Valor Total del Contrato	$ 34.335.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 15.260.000	**6**	**Del**	**01/07/2022**	**Al**	**31/07/2022**	**$ 3.815.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 11.445.000		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA PLANEAR Y ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, QUE IMPARTE EL CENTRO MINERO EN LOS PROGRAMAS DE FORMACIÓN TITULADAREGULAR EN EL ÁREA DE SEGURIDAD Y S. RADICADO 15-9-2022-000509

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	----------	**9437321551**	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

Impartir Formación Profesional Integral en el área de Seguridad y Salud en el Trabajo para el Programa Titulada- Regular en el Curso Complementario Fundamentos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo para las siguientes Fichas que se relacionan a continuación: 2596404, 2596406, 2571469, 2580523,2583131 con aplicación de lineamientos Sena en los diferentes Municipios del Departamento de Boyacá Evidencias de Formación Plataforma Territorium, evaluación y reporte de Juicios evaluativos, matricula y verificación de documentación de Aprendices al curso, asistencia a reuniones convocadas por Coordinador Académico y Líder de Articulación

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 PAOLA TORRES PEREZ
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 MARIA MONGUI GALVIS
INSTRUCTOR G09

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

JUAN CARLOS PINILLA HOLGUIN
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

aportes en línea

Planilla Integrada

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 46374754		TORRES PEREZ LINA PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 2B SUR N. 8-24	SOGAMOSO-BOYACA	7750414	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-06	2022-06	1551428144	9437321551	I	2022/07/14	2022/07/13	BANCOLOMBIA	0	$451,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO									NOVEDADES																														
No.	Tipo id	No id	Nombre	Tipo Cotizante	Horas Laboradas	Extranjero	Temp. Ext.	Fecha Radicación en el Exterior	ing	Fecha ing	ret	Fecha ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	Fecha Inicio vsp	cor	vst	sln	Fecha Inicio sln	Fecha Fin sln	ige	Fecha Inicio ige	Fecha Fin ige	lma	Fecha Inicio lma	Fecha Fin lma	vac-lr	Fecha Inicio vac-lr	Fecha Fin vac-lr	avp	vc
1	CC	46374754	TORRES PEREZ LINA PAOLA	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes	0	No	No																												
Total		**Afiliados(1)**																																	

aportes en línea

Planilla Integrada

							SALARIO			PENSION													SALUD					
:t	Fecha Inicio vct	Fecha Fin vct	irl	Fecha Inicio irl	Fecha Fin irl	vip	Valor	Integral	Tipo de Salario	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Tarifa Alto Riesgo Pensión	Valor Cotización	Cotización Voluntaria Empleador	Cotización Voluntaria Afiliado	Fondo Solidaridad Pensional	Fondo Subsistencia	Valor No retenido	Total	AFP Destino	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Valor UPC
							$ 1.526.000	No		COLPENSIONES	30	$ 1.526.000	16%	SIN RIESGO	$ 244.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 244.200		NUEVA E.P.S.	30	$ 1.526.000	12,5%	$ 190.800	$
																					$ 244.200						$ 190.800	

			CCF					RIESGOS						PARAFISCALES									
	Total	EPS Destino	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Clase Riesgo	Valor Cotización	Días	IBC	Tarifa SENA	Valor Cotización SENA	Tarifa ICBF	Valor Cotización ICBF	Tarifa ESAP	Valor Cotización ESAP	Tarifa MEN	Valor Cotización MEN	Exonerado SENA e ICBF
0	$ 190.800			0	$ 0	0%	$ 0	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	30	$ 1.526.000	1,044%	2	$ 16.000	0	$ 0	0%	$ 0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	No
	$ 190.800						$ 0						$ 16.000				$ 0		$ 0		$ 0		$ 0	

aportes en línea

Planilla Integrada

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 46374754		TORRES PEREZ LINA PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 2B SUR N. 8-24	SOGAMOSO-BOYACA	7750414	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-06	2022-06	1551428144	9437321551	I	2022/07/14	2022/07/13	BANCOLOMBIA	0	$451,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$244,200	$0	$0	$244,200
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$244,200	$0	$0	$244,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$16,000	$0	$0	$16,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$16,000	$0	$0	$16,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$190,800	$0	$0	$190,800
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$190,800	$0	$0	$190,800
TOTAL				1	$451,000	$0	$0	$451,000

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Sogamoso, 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 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:

T.I.	**1.002.559.183**	**MARIA FERNANDA RINCON TORRES**	**HIJO**
R.C	**1.145.426.555**	**SARA VALERIA RINCON TORRES**	**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 PAOLA TORRES PÉREZ

C.C. 46.374.754

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

1002559183

NUIP E2N0251561

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 35345355

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número 03 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código E 2 N

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA BOYACA SOGAMOSO NOTARIA TERCERA .

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
RINCON.	TORRES.

Nombre(s)

MARIA FERNANDA .

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2003 Mes MAY Día 18	FEMENINO.-	O	POSITIVO.-

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

CLINICA JULIO SANDOVAL MEDINA COLOMBIA BOYACA SOGAMOSO .

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO DE NACIDO VIVO.	4957805

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

TORRES PEREZ LINA PAOLA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.No. 46.374.754 DE SOGAMOSO .	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

RINCON PARDO JOHN ALEXANDER .

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.No. 74.185.117 DE SOGAMOSO .	COLOMBIANO.

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

RINCON PARDO JOHN ALEXANDER.

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C.No. 74.185.117 DE SOGAMOSO .	

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

EL NOTARIO TERCERO DEL CIRCULO DE SOGAMOSO CERTIFICA QUE EL PRESENTE FOTOCOPIA DE ESTE DOCUMENTO CORRESPONDE EXACTAMENTE AL ORIGINAL QUE SE ENCUENTRA EN EL ARCHIVO DE ESTA NOTARIA.
24 OCT 2012

REPUBLICA DE COLOMBIA
ELGAR ULLOA ULLOA
NOTARIO
NOTARIA TERCERA DEL CIRCULO

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2003 Mes MAY Día 22	GUSTAVO PEDRAZA GUTIERREZ. Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	GUSTAVO PEDRAZA GUTIERREZ. Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

ahr.

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

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

NUIP 1.145.426.555

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 54069313

54069313

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [X] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** D U Q

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE SOGAMOSO H. R. SOGAMOSO - COLOMBIA - BOYACA - SOGAM

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
RINCON	TORRES

Nombre(s)

SARA VALERIA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2013 Mes OCT Día 13	FEMENINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA BOYACA SOGAMOSO

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	12195155-7

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

TORRES PEREZ LINA PAOLA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 46.374.754	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

RINCON PARDO JOHN ALEXANDER

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 74.185.117	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

RINCON PARDO JOHN ALEXANDER

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 74.185.117	

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	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2013 Mes OCT Día 15	CARLOS ARIEL PEREZ DIAZ - REGISTR Nombre y firma

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

El Suscrito Registrador Municipal del Estado Civil de Sogamoso Boyacá

CERTIFICA Firma

Que el presente documento es fiel fotocopia tomada de su original que reposa en el archivo de este despacho

Solicitado por: Lina Paola Pardo

Documento de Identificación: 46374754

Fecha: 09 JUN. 2021

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

Adhesivo Copia Registro Civil
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
27837447-4

SEBASTIAN CHAPARRO PEREZ
Registrador del Estado Civil

LA REGISTRADURÍA

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -