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 GUAVIARE
CENTRO DE DESARROLLO AGROINDUSTR, TURISTICO Y TECNOLOG DEL GUAVIARE- SERVCIOS PRE
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	95
Código Centro	953310
Fecha Elaboración	Julio de 2022
Versión	MAYO 2022 - 2,22
ID de Proceso	56572-041757
No. de documento	486655

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	NORMA CONSTANZA TRIANA VARON	C.C.	1.013.611.357	IP/Nº de contacto	1120
Correo electrónico contratista:	nctriana@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	82883435644
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:	3435163/2022		Nº Compromiso SIIF	17222	
Valor Total del Contrato	$ 26.108.654	N ° Pago	Periodo objeto de pago		Valor Bruto Pago
Saldo Anterior del Contrato	$ 8.244.838	6	Del 01/07/2022	Al 31/07/2022	$ 4.122.419,00
Nuevo Saldo del Contrato	$ 4.122.419		Legalización comisiones del periodo	$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)

INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS TEMPORAL COMO INSTRUCTOR, PARA ORIENTAR FORMACIÓN TITULADA Y COMPLEMENTARIA PRESENCIAL ÁREA DE SALUD, QUE IMPARTE EL CDATTG, EN GUAVIARE Y SUR META. RADICADO NO.95-9-2022-000234-CESIÓN RADICADO NO. 95-9-2022-000517

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.122.419	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	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	$ 4.122.419	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	$ 2.430.058		

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

	Julio	Junio
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	9436618467
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.648.968	$ 1.648.968
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 206.200	$ 206.200
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 263.900	$ 263.900
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL III	$ 40.200	$ 40.200
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	$ 412.242	
Salud hasta $ 608.064	$ -	
Renta Exenta 25% $ 9.120.960	$ 810.019	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.430.058,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.652.319,00	
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	0,00	0,000%
-	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	$ 4.122.419,00	

SON: CUATRO MILLONES CIENTO VEINTIDOS MIL CUATROCIENTOS DIECINUEVE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

TECNICO DE ENFERMERIA FICHA 2365948
TECNICO EN SERVICIOS FARMACEUTICOS FICHA 2428713 CONTROL DE INFECCIONES
COMPLEMENTARIO DE CITOLOGIA 2584841
COMPLEMENTARI DE PROMEROS AUXILIOS FICHA 2576753
DESARROLLO CURRICULAR

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.

Norma Triana.
NORMA CONSTANZA TRIANA VARON
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,

GUSTAVO ADOLFO ACOSTA RODRIGUEZ
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

LUZ PIEDAD ECHEVERRY QUICENO
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02

Escaneado con CamScanner

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1013611357		TRIANA VARON NORMA CONSTANZA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	barrio primero de mayo	SAN JOSE DEL GUAVIARE-GUAVIARE	6064261	Si

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	1530951715	9436618467	I	2022/07/15	2022/07/01	NEQUI	0	$510,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	1013611357	TRIANA NORMA																		230301	30	$1,648,968	$263,900	EPS037	30	$1,648,968	$206,200		0	$0	$0	14-11	30	$1,648,968	$40,200	0	$0	$0	No	$510,300
Total	**Afiliados(1)**																						$1,648,968	$263,900			$1,648,968	$206,200			$0	$0			$1,648,968	$40,200		$0	$0		$510,300

2022/07/15 04:36 PM

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1013611357		TRIANA VARON NORMA CONSTANZA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	barrio primero de mayo	SAN JOSE DEL GUAVIARE-GUAVIARE	6064261	Si

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	1530951715	9436618467	I	2022/07/15	2022/07/01	NEQUI	0	$510,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$263,900	$0	$0	$263,900
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$263,900	$0	$0	$263,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$40,200	$0	$0	$40,200
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$40,200	$0	$0	$40,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$206,200	$0	$0	$206,200
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$206,200	$0	$0	$206,200
TOTAL				1	$510,300	$0	$0	$510,300

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

San José del Guaviare, 14 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 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.	**1032942769**	**DANIEL ALBERTO PEINADO TRIANA**	**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,

Norma Triana

FIRMA

Nombre: Norma Constanza Triana Varón

C.C.1013611357

Escaneado con CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

renv-

NUIP 1.032.942.769

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 43908192

43908192

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 48 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A 1 F

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

COLOMBIA* CUNDINAMARCA* BOGOTA D.C.

Datos del inscrito

Primer Apellido: PEINADO

Segundo Apellido: TRIANA

Nombre(s): DANIEL ALBERTO

Fecha de nacimiento: Año 2010 Mes FEB Día 06

Sexo (en letras): MASCULINO

Grupo sanguíneo: B

Factor RH: (+)

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

COLOMBIA* CUNDINAMARCA* BOGOTA D.C

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo: 10079982-2

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: TRIANA VARON NORMA CONSTANZA

Documento de identificación (Clase y número): C.C. No. 1.013.611.357 DE BOGOTA

Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: PEINADO ARCE OSMAIRO ALBERTO

Documento de identificación (Clase y número): C.C. No. 1,064.709.688 DE CURUMANI

Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: PEINADO ARCE OSMAIRO ALBERTO***

Documento de identificación (Clase y número): C.C. No. 1.064.709.688 DE CURUMANI

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 2010 Mes FEB Día 15

Nombre y firma del funcionario que autoriza

EDGAR ENRIQUE GUZMAN URREA

Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

IMPRESO POR BANARANJO S.A

Escaneado con CamScanner

Escaneado con CamScanner