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 CUNDINAMARCA
CENTRO DE LA TECNOLOGÍA DEL DISEÑO Y LA PRODUCTIVIDAD-CUNDINAMARCA
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	25
Código Centro	951110
Fecha Elaboración	28 de Julio de 2022
Versión	MAYO 2022 - 2,22
ID de Proceso	01581-591389
No. de documento	507018

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: / Correo electrónico contratista:	ANA MILENA CRUZ ROJAS crana8@misena.edu.co	C.C.	53.931.238	IP/Nº de contacto	3165822660
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	406170019987	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:	3387422/2022		Nº Compromiso SIIF	76322	
Valor Total del Contrato	$ 24.917.750	N ° Pago	Periodo objeto de pago		Valor Bruto Pago
Saldo Anterior del Contrato	$ 13.858.000	4	Del 01/07/2022	Al 31/07/2022	$ 3.997.500,00
Nuevo Saldo del Contrato	$ 9.860.500		Legalización comisiones del periodo	$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)
SERVICIOS PERSONALES: CESION CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS NO. CO1.PCCNTR.3387422

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.997.500	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	$ 3.997.500	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	$ 2.356.463	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	---------	23670448
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.599.000	$ 1.599.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 199.900	$ 199.900
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 255.900	$ 255.900
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL	$ 8.400	$ 8.400
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	$ 399.750	
Salud hasta $ 608.064	$ -	
Renta Exenta 25% $ 9.120.960	$ 785.488	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.356.463,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.541.700,00	
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	35.417,00	1,000%
-	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	**$ 3.962.083,00**	

SON: TRES MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y DOS MIL OCHENTA Y TRES PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se lleva a cabo formación de acuerdo a los lineamientos dados por la coordinación académica así:
FICHA: 2292739 COMPETENCIA: GESTIONAR PROCESOS PROPIOS DE LA CULTURA EMPRENDEDORA Y EMPRESARIAL DE ACUERDO CON EL PERFIL 32 HORAS
FICHA: 2284501 COMPETENCIA: GESTIONAR PROCESOS PROPIOS DE LA CULTURA EMPRENDEDORA Y EMPRESARIAL DE ACUERDO CON EL PERFIL 32 HORAS
FICHA: 2501941 COMPETENCIA: IDENTIFICAR REGLAMENTOS Y NORMATIVA DE SELECCIÓN Y VINCULACIÓN DE TRABAJADORES 58 HORAS
FICHA: 2504782 COMPETENCIA: RECONOCER RECURSOS FINANCIEROS DE ACUERDO CON METODOLOGÍA Y NORMATIVA. 32 HORAS
FICHA: 2291156 COMPETENCIA: GESTIONAR PROCESOS PROPIOS DE LA CULTURA EMPRENDEDORA Y EMPRESARIAL DE ACUERDO CON EL PERFIL 6 HORAS
Se realiza formación de acuerdo al diseño curricular, se hace seguimiento a los grados once en los proyectos, se llevan a cabo las bitácoras, se cargan las horas en SOFIA PLUS de los instructores asignados del programa de articulación
total de horas dedicadas a formación 160 horas

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.

ANA MILENA CRUZ ROJAS
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 periodo 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,

ELKIN ALEXIS GUALTERO CASTRO
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

DAVID ALBERTO CORREA CASTILLO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

Escaneado con CamScanner

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL :	ANA MILENA CRUZ ROJAS
IDENTIFICACION:	CC-53931238
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2022-07-28
FECHA LIMITE DE PAGO:	2022-07-12
FECHA DE PAGO:	2022-07-28
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO CAJA SOCIAL BCSC
PERIODO PENSION:	2022-06
PERIODO SALUD:	2022-06
NUMERO PLANILLA:	23670448
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	23670448
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	$ 1.599.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 199.900	$ 199.900
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	$ 1.599.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 255.900	$ 255.900
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 1.599.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 8.400	$ 8.400
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 464.200	$ 464.200

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	09/08/2022

DETALLE DE TRANSACCIÓN
PLANILLA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES

DATOS GENERALES DEL APORTANTE					
RAZÓN SOCIAL	IDENTIFICACIÓN	CLASE APORTANTE	DIRECCIÓN	DEPARTAMENTO-MUNICIPIO	ARL
ANA MILENA CRUZ ROJAS	CC-53931238	I	CENTRO	25-290	14-23

DATOS DE LIQUIDACIÓN	
PERIODO PENSIÓN	2022-06
PERIODO SALUD	2022-06
NÚMERO TRABAJADORES	1
SUCURSAL	0
GRAN TOTAL	$464.200
VALOR INTERESES	$0
REFERENCIA / PLANILLA	23670448

DATOS DE LA TRANSACCIÓN	
TIPO DE PAGO	PSE
BANCO	BANCO CAJA SOCIAL
FECHA	jueves 28 de julio de 2022
DESCRIPCIÓN	Pago de aportes de seguridad social y
DIRECCIÓN IP	10.10.11.80
NRO. TRANSACCIÓN / CUS	1573508476
ESTADO	APROBADA

APROBADA

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Girardot, 31 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.	1071789657	ANA VICTORIA GARCIA CRUZ	HIJO
T.I.	1071789658	ANA SOFIA GARCIA CRUZ	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:
ANA MILENA CRUZ ROJAS

C.C. 53.931.238

GRF-F-063 V.02

Escaneado con CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1071789657

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 43999418

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** J 0 L

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

NOTARIA 2 FUSAGASUGA COLOMBIA CUNDINAMARCA FUSAGASUGA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
GARCIA	CRUZ

Nombre(s)

ANA VICTORIA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2011 Mes OCT Día 27	FEMENINO	B	+

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA GIRARDOT

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	10916127-6

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

CRUZ ROJAS ANA MILENA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 0053931238	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

GARCIA MORALES HUGO RAFAEL

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 0011257844	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

GARCIA MORALES HUGO RAFAEL

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CEDULA DE CIUDADANIA 0011257844	

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 2011 Mes NOV Día 01

Nombre y Firma del funcionario autorizado

SANDRA CAROLINA ALARCON ARIAS

Nombre y firma

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SANDRA CAROLINA ALARCON ARIAS
NOTARIA(E)
Fusagasugá

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -



REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1071789658

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 43999419

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código J 6 L

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

NOTARIA 2 FUSAGASUGA COLOMBIA CUNDINAMARCA FUSAGASUGA

Datos del inscrito

Primer Apellido: GARCIA | Segundo Apellido: CRUZ

Nombre(s): ANA SOFIA

Fecha de nacimiento: Año 2011 Mes OCT Día 27 | Sexo (en letras): FEMENINO | Grupo sanguíneo: B | Factor RH: +

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA GIRARDOT

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO | Número certificado de nacido vivo: 10916128-3

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: CRUZ ROJAS ANA MILENA

Documento de identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA 0053931238 | Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: GARCIA MORALES HUGO RAFAEL

Documento de identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA 0011257844 | Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: GARCIA MORALES HUGO RAFAEL

Documento de identificación (Clase y número): CEDULA DE CIUDADANIA 0011257844 | 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 2011 Mes NOV Día 01

Nombre y firma del funcionario que autoriza

SANDRA CAROLINA ALARCON

Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -