

 <p>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</p>	DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES)		Código Regional	11
	REGIONAL DISTRITO CAPITAL		Código Centro	940410
	CENTRO DE GESTION ADMINISTRATIVA-BTA D C - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION		Fecha Elaboración	Agosto de 2022
	Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Versión	MAYO 2022 - 2,22
	Resolución DIAN N° 18764024257695 autoriza desde 360,001 hasta 750,000 (Enero 18 de 2022)		ID de Proceso	58298-701153
			No. de documento	521010

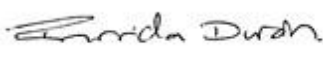
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista:		INIRIDA DURAN GARZON		C.C.
Correo electrónico contratista:		idurang@sena.edu.co		52.107.868
Régimen del IVA:		NO RESPONSABLE		IP/N° de contacto
Pertenece al régimen simple de tributación?		NO		1500
Es declarante de renta?		SI		
Es Pensionado?		NO		
Sus ingresos en el 2021 fueron iguales o superiores		SI		
Inducción SST		SI		
Presta Servicios Excluidos de IVA ?		SI		
Banco al cual consignar:		BANCO BBVA		
Tipo de cta		AHORROS		
N° Cuenta		0070314547		
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				
N° del contrato:	3361336/2022	N° Compromiso SIIF	33822	
Valor Total del Contrato	\$ 41.606.772	N° Pago	7	
Saldo Anterior del Contrato	\$ 17.906.712	Periodo objeto de pago	Del 01/08/2022 Al 31/08/2022	
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 13.956.702	Legalización comisiones del periodo	\$ 0,00	
OBJETO CONTRACTUAL:		INSTRUCTOR: Prestar servicios personales de carácter temporal para orientar la Formación Profesional Integral programada por el Centro de Gestión Administrativa en su sede principal, subsele y organizaciones, para la ejecución de acciones de Formación Titulada y/o Complementaria presencial, de la red de conocimiento Gestión Administrativa y Financiera, en las áreas temáticas de Bibliotecas,		
(Descripción del servicio prestado)				

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios	\$ 3.950.010	Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°	0,00%	
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0	
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 3.950.010	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 2.328.382	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0	

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
N° Planilla PILA, o, N° Radicación pago SS	Agosto	Julio	Valor Base retención en la fuente	2.328.382,00
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.580.004	\$ 1.580.004	Valor Base retención en la fuente ICA	3.499.510,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 197.600	\$ 197.600	Valor base IVA	0,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 252.900	\$ 252.900	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00
ARL	\$ 8.300	\$ 8.300	Menos Retención IVA	0,00
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -		Menos Retención Reteica - 8299	33.805,00
Aportes voluntarios a cuentas AFC	\$ -		Reteica - 8299	0,00
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.522.064	\$ -		Otras Retenciones	0,00
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.800.400	\$ -		Otras Retenciones	0,00
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones	0,00
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones	0,00
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones	0,00
Dependientes hasta \$ 1.216.128	\$ 395.001		Descuentos de Libranza	0,00
Salud hasta \$ 608.064	\$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00
Renta Exenta 25% \$ 9.120.960	\$ 776.127		VALOR A PAGAR	\$ 3.916.205,00
Retención en la Fuente Contingente	\$ -			

SON: TRES MILLONES NOVECIENTOS DIECISEIS MIL DOSCIENTOS CINCO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO	
<p>Atender la formación presencial de aprendices en el área específica del respectivo programa de formación, en las fases o Competencias Orientar y apoyar a los aprendices en el desarrollo de proyectos formativos y/o productivos en las respectivas etapas de formación</p> <p>Garantizar la actualización de los contenidos y tecnologías, de las fases o Competencias en las cuales se desarrolla la formación de Orientar la formación, para desarrollar en los aprendices las competencias del programa</p> <p>Aplicar durante el periodo de duración del contrato, al proceso de certificación de competencias según normas de competencias que apli Cumplimiento oportuno con las entregas de los distintos formatos y documentos requeridos en el proceso administrativo</p> <p>Cumplimiento del manual, estándares y lineamientos vigentes para la orientación de procesos de formación a través de ambientes virtual</p> <p>Participar en las actividades de seguridad y salud en el trabajo programadas por el Centro y acoger las recomendaciones establecidas</p> <p>Orientar, apoyar, acompañar y asesorar en forma permanente e integral a los aprendices en el proceso de formación</p>	
<p>PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:</p> <p>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.</p>	 <p>INIRIDA DURAN GARZON EL CONTRATISTA</p>

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO	
<p>En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:</p> <p>1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;</p> <p>2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del periodo de cobro;</p> <p>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.</p>	<p>Autorizo el presente pago.</p> <p>El Supervisor,</p> <p>CARMEN ROSA DIAZ GONZALEZ INSTRUCTOR G20</p>

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

WAINE ANTONY TRIANA ALBIS
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02



Información de la Planilla Pagada	
Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2022-08-01, 10:08:22 AM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	julio de 2022
Periodo de Cotización Para Salud	julio de 2022
Empresa	INIRIDA DURAN GARZON
CEDULA CIUDADANIA	CC 52107868
Código Sucursal (Nombre)	()
Referencia de Pago/ Número Planilla	1047149108
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	1580108358
Banco	(1051) - BANCO DAVIVIENDA
Valor	\$ 1.224.900
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.0.19.58

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	\$ 680.000	\$ 0
N830003564	EPS017	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR LIMITADA CAFAM-COLSUBSIDIO	1	\$ 500.000	\$ 0
N890903790	14-11	ARL SURA	1	\$ 20.900	\$ 0
N860013570	CCF21	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAFAM	1	\$ 24.000	\$ 0
SubTotales:				\$ 1.224.900	\$ 0
Total a Pagar:					\$ 1.224.900

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 17 de agosto 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.	1016597341	Gabriel David Acosta Durán	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: Inírida Durán Garzón

C.C. 52107868

NO IMPRIMA ESTA HOJA ES SOLAMENTE DE CARÁCTER INFORMATIVO

REQUISITOS PARA DEDUCCIONES POR DEPENDIENTES

En el siguiente cuadro se relacionan los requisitos y documentos que se deben adjuntar para poder acceder al beneficio de disminución de retención en la fuente, por dependientes:

DEDUCCION	CONCEPTO	REQUISITOS
DEPENDIENTES	Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad.	Registro civil de nacimiento
	Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES ' o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.	Recibo de pago de matrícula de instituciones debidamente acreditadas
	Los hijos del contribuyente mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Medicina Legal
	El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal
	Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal

NUIP 1.016.597.341

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTOIndicativo
Serial

41490163

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número 5 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código 4 C

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

NOTARIA 5 BOGOTA DC - COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C.

Datos del inscrito

Primer Apellido

Segundo Apellido

ACOSTA..... DURAN.....

Nombre(s)

GABRIEL DAVID.....

Fecha de nacimiento

Sexo (en letras)

Grupo Sanguíneo

Factor RH

Año 2 0 0 9 Mes J U L Día 0 8 MASCULINO..... A..... NEGATIVO

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.....

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos

Número certificado de nacido vivo

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO..... 51751893 - 1.....

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

DURAN GARZON INIRIDA.....

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CC 52.107.868..... COLOMBIA.....

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

ACOSTA GALINDO VICTOR OSWALDO.....

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CC 79.603.905..... COLOMBIA.....

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

ACOSTA GALINDO VICTOR OSWALDO.....

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

CC 79.603.905..... *X Oscar Acosta*

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 2 0 0 9 Mes J U L Día 1 7

GLORIA CECILIA ESTRADA DE TURBAY

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Firma

Nombre y Firma

ESPACIO PARA NOTAS

— ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO —