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	Agosto de 2022
Versión	MAYO 2022 - 2,22
ID de Proceso	50953-068358
No. de documento	513051

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	SANDRA MILENA CAMPOS ALBA	**C.C.**	52.811.080	**IP/Nº de contacto**	3214413172
Correo electrónico contratista:	smcampos@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** 82800000249

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:	3482810/2022		**Nº Compromiso SIIF**	14022	
Valor Total del Contrato	$ 43.560.227	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**		**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 18.825.713	7	**Del** 01/08/2022	**Al** 31/08/2022	$ 4.122.419,00
Nuevo Saldo del Contrato	$ 14.703.294		Legalización comisiones del periodo	$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES TEMPORAL COMO INSTRUCTOR, PARA ORIENTAR FORMACIÓN TITULADA Y COMPLEMENTARIA PRESENCIAL EN EL ÁREA AMBIENTAL - BIODIVERSIDAD, QUE IMPARTE EL CDATTG, EN GUAVIARE Y SUR META. RADICADO NO.95-9-2022-000284.

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.122.419	Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°		4,89%
		Retencion en la Fuente del Periodo		$ 237.450
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 4.122.419			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 8.244.838**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 4.860.116**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**		**$ 237.450**

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

	Agosto	Julio
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	7845368343
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	$ 263.900	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 206.200	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 40.200	
Dependientes hasta $ 1.216.128	$ 824.484	
Salud hasta $ 608.064	$ -	
Renta Exenta 25% $ 9.120.960	$ 1.620.039	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	4.860.116,00	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	237.450,00	4,89%
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	**$ 3.884.969,00**	

SON: TRES MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS SESENTA Y NUEVE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Impartir formacion en los horarios y lugar que la entidad indique.
Seleccionar estrategias de ensenanza - aprendizaje - evaluacion segun el programa de Formacion Profesional y el enfoque metodolog
Orientar los procesos de aprendizaje segun las necesidades detectadas en los procesos de evaluacion, metodologias de aprendizaje y
Programar las actividades de enseñanza - aprendizaje - evaluación de conformidad con las estructuras curriculares, el calendario insti
Apoyar al Centro de Formación, cuando se requiera de conocimientos técnicos y/o especializados acordes con su profesión.

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 veridica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí diligenciados.

Sandra Campos A.

SANDRA MILENA CAMPOS ALBA
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 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,

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

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52811080
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			SANDRA MILENA CAMPOS ALBA CAMPOS ALBA
CIUDAD/MUNICIPIO:	SAN JOSE DEL GUAVIARE	DEPARTAMENTO:	GUAVIARE
DIRECCIÓN:	CALLE 18 NO 19 - 33	TELÉFONO:	6600379
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Investigaciones y desarrollo
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7845368343**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	julio	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	julio
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2022	SALUD:	AÑO:	2022
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2022/08/11	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1598761766

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 263.900
SUBTOTAL:			1	**$ 263.900**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900156264	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	$ 206.200
SUBTOTAL:			1	**$ 206.200**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 40.200
SUBTOTAL:			1	**$ 40.200**

TOTAL PAGADO:	**$ 510.300**

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

San José del Guaviare, 11 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:

NUIP - NIP	**1032945821**	**Jerónimo Martínez Campos**	**HIJO**
NUIP - NIP	**1032945210**	**Miguel Ángel Monroy Campos**	**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,

Sandra Campos A.

FIRMA

Nombre: Sandra Milena Campos Alba

C.C. 52811080

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MYL

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

NUIP 1032945821

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 55870617

55870617

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 48 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código AYF

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

COLOMBIA **** CUNDINAMARCA **** BOGOTA

Datos del inscrito

Primer Apellido: MARTINEZ

Segundo Apellido: CAMPOS

Nombre(s): JERONIMO

Fecha de nacimiento: Año 2019 Mes ABR Día 18

Sexo (en letras): MASCULINO

Grupo sanguíneo: O

Factor RH: POSITIVO

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

COLOMBIA ******* CUNDINAMARCA ******* BOGOTA D.C.

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

Número certificado de nacido vivo: 15392091-5

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: CAMPOS ALBA SANDRA MILENA

Documento de identificación (Clase y número): C.C. No. 52811080 DE BOGOTA D.C.

Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: MARTINEZ GIRALDO HEILLER

Documento de identificación (Clase y número): C.C. No. 80213847 DE BOGOTA D.C.

Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: MARTINEZ GIRALDO HEILLER

Documento de identificación (Clase y número): C.C. No. 80213847 DE BOGOTA D.C.

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 2019 Mes ABR Día 24

Nombre y firma del funcionario que autoriza: MIGUEL ANGEL DIAZ TELLEZ

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

ES FIEL COPIA TOMADA DE SU ORIGINAL QUE REPOSA EN EL ARCHIVO DE ESTA NOTARIA Y SE EXPIDE CON DESTINO AL INTERESADO PARA ACREDITAR PARENTESCO.

MIGUEL ANGEL DIAZ TÉLLEZ
Notario cuarenta y ocho (48)

24 ABR 2019

reav

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

NUIP 1032945210

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 52676454

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 48 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código AYF

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

**********COLOMBIA **** CUNDINAMARCA **** BOGOTA **********

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
**********MONROY**********	**********CAMPOS**********

Nombre(s)

**********MIGUEL ANGEL**********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2016 Mes ENE Día 12	MASCULINO	O	POSITIVO

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

**********COLOMBIA ******* CUNDINAMARCA ******* BOGOTA D.C.**********

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO**********	136418159**********

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

CAMPOS ALBA SANDRA MILENA**********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 52811080 DE BOGOTA D.C.**********	COLOMBIANA*********

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

MONROY VARGAS CESAR AUGUSTO**********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 80802257 DE BOGOTA D.C.**********	COLOMBIANA*********

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

MONROY VARGAS CESAR AUGUSTO**********

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. No. 80802257 DE BOGOTA D.C.**********	

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 2016 Mes ENE Día 14	MIGUEL [illegible] TELLEZ
	Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

ES FIEL COPIA TOMADA DE SU ORIGINAL QUE REPOSA EN EL ARCHIVO DE ESTA NOTARIA Y SE EXPIDE CON DESTINO AL INTERESADO PARA ACREDITAR PARENTESCO.