

 <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	8
	REGIONAL ATLÁNTICO		Código Centro	930210
	CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS-ATLANTICO -SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION		Fecha Elaboración	30 Setiembre 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	86976-199962
			No. de documento	546941

DATOS DEL CONTRATISTA			
Nombres y apellidos contratista:	LUZMILA ROSA ANGULO LAMADRID	C.C.	36.551.334
Correo electrónico contratista:	luzmiana@sena.edu.co	IP/N° de contacto	3008174564
Régimen del IVA:	☐ NO RESPONSABLE	Pertenece al régimen simple de tributación?	☐ NO
		Es declarante de renta?	☐ NO
		Es Pensionado?	☐ SI
Sus ingresos en el 2021 fueron iguales o superiores	☐ NO	Inducción SST	☐ SI
		Presta Servicios Excluidos de IVA ?	☐ SI
Banco al cual consignar:	DAVIVIENDA	Tipo de cta	AHORROS
		N° Cuenta	570116080160868
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:	3333623/2022	N° Compromiso SIIF	47022
Valor Total del Contrato	\$ 28.143.186	N ° Pago	9
Saldo Anterior del Contrato	\$ 9.195.299	Periodo objeto de pago	Del 01/09/2022 Al 30/09/2022
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 6.408.845	Legalización comisiones del periodo	\$ 0,00
Valor Bruto Pago	\$ 2.786.454,00		

OBJETO CONTRACTUAL:			
(Descripción del servicio prestado)			
INSTRUCTOR: INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES CARÁCTER TEMPORAL PARA LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, EN FORMACION REGULAR TITULADA Y COMPLEMENTARIA PARA EL PROGRAMA FORMACIÓN ENFERMERIA. .RADICADO 08-9-2022-002054...PZO 9 DIC 2022			

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Ingresos por honorarios	\$ 2.786.454	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	\$ 2.786.454	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 1.776.307	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	Setiembre	Agosto	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.114.582	\$ 1.114.582	Valor Base retención en la fuente 1.776.307,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 139.400	\$ 139.400	Valor Base retención en la fuente ICA 2.647.054,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 0	\$ 0	Valor base IVA 0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00
ARL	\$ 5.900	\$ 5.900	Menos Retención en la Fuente 0,00
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -		Menos Retencion IVA 0,00
Aportes voluntarios a cuentas AFC	\$ -		Reteica - 8299 26.471,00
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	\$ -		0,00
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		0,00
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		0,00
Dependientes hasta \$ 1.216.128	\$ 278.645		0,00
Salud hasta \$ 608.064	\$ -		0,00
Renta Exenta 25% \$ 9.120.960	\$ 592.102		0,00
Retención en la Fuente Contingente	\$ -		0,00
			VALOR A PAGAR \$ 2.759.983,00

SON: DOS MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y TRES PESOS M/CTE	
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO	
Prestar Servicios Personales Carácter Temporal Para La Formación Profesional Integral, en formación regular titulada y complementaria para el Programa Formación ENFERMERIA TECNICO EN ENFERMERIA CODIGO DE FICHA 2501553	

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.	LUZMILA ROSA ANGULO LAMADRID 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 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, PATRICIA ROSMARY SERRANO SANTIAGO 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
--

ELIZABETH TUBERQUIA VANEGAS SUBDIRECTORA DE CENTRO G02

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 36551334		ANGULO LAMADRID LUZMILA ROSA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 8 26 BIS 07 APTO 401	SANTA MARTA-MAGDALENA	4303708	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-08	2022-08	1626579472	9439102699	I	2022/09/08	2022/08/30	BANCO DAVIVIENDA	0	\$156,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$0	\$0			\$1,200,000	\$150,000			\$0	\$0			\$1,200,000	\$6,300		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$0	\$0			\$1,200,000	\$150,000			\$0	\$0			\$1,200,000	\$6,300		\$0	\$0	
Ciudad: SANTA MARTA Depto: MAGDALENA (1 Afiliados)					\$0	\$0			\$1,200,000	\$150,000			\$0	\$0			\$1,200,000	\$6,300		\$0	\$0	
1	CC	36551334	ANGULO LUZMILA		0	\$0		EPS037	30	\$1,200,000	\$150,000		0	\$0	\$0	14-23	30	\$1,200,000	\$6,300	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$0	\$0			\$1,200,000	\$150,000			\$0	\$0			\$1,200,000	\$6,300		\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 36551334		ANGULO LAMADRID LUZMILA ROSA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 8 26 BIS 07 APTO 401	SANTA MARTA-MAGDALENA	4303708	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2022-08	2022-08	1626579472	9439102699	I	2022/09/08	2022/08/30	BANCO DAVIVIENDA	0	\$156,300

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$6,300	\$0	\$0	\$6,300	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$6,300	\$0	\$0	\$6,300	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$150,000	\$0	\$0	\$150,000	
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	\$150,000	\$0	\$0	\$150,000	
TOTAL				1	\$156,300	\$0	\$0	\$156,300	

RADICADO 2020_001

GERENCIA DE DETERMINACIÓN DE DERECHOS

DIRECCIÓN DE NÓMINA DE PENSIONADOS

CERTIFICADO DE DEVENGADOS Y DEDUCIDOS

Que la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**, reconoció como **CAUSANTE** de una prestación de **VEJEZ** a **LUZMILA ROSA ANGULO LAMADRID** identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **No. 36551334**.

Por tal Concepto durante el período: **2022-08** a **2022-08** le fueron girados los siguientes valores:

DEVENGADOS		DEDUCIDOS	
VALOR PENSION	\$ 1,273,342.00	SALUD NUEVA EPS S.A.	\$ 127,400.00
TOTAL DEVENGADOS	\$ 1,273,342.00	TOTAL DEDUCIDOS	\$ 127,400.00
		NETO GIRADO	\$ 1,145,942.00

Estado: **ACTIVO**.

Se expide a solicitud del interesado en Bogotá D.C, Bogotá el día 15 de septiembre de 2022.

Atentamente:



DORIS PATARROYO PATARROYO
Director(a) de Nómina de Pensionados