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 DISTRITO CAPITAL
CENTRO DE SERVICIOS FINANCIEROS-BTA D C - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION
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	**11**
Código Centro	**940510**
Fecha Elaboración	**Setiembre de 2022**
Versión	**MAYO 2022 - 2,22**
ID de Proceso	**08522-724179**
No. de documento	**560113**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	INGRID CONSTANZA CARDONA ARIAS	**C.C.**	53.165.730	**IP/Nº de contacto**	0000
Correo electrónico contratista:	icardona03@misena.edu.co				
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Pertenece al régimen simple de tributación?**	NO	**Es declarante de renta?** SI	**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:	BANCOLOMBIA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**	19128521472
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:	3274733/2022			**Nº Compromiso SIIF**	**922**		
Valor Total del Contrato	$ 39.975.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 11.992.500	**8**	**Del**	**01/09/2022**	**Al**	**30/09/2022**	**$ 3.997.500,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 7.995.000		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE MANERA AUTÓNOMA E INDEPENDIENTE , PARA FORMAR EN PROGRAMAS COMPLEMENTARIOS DE MODALIDAD PRESENCIAL A TRAVÉS DE HERRAMIENTAS PEDAGÓGICAS, SEGÚN DEMANDA Y OFERTA DE LA POBLACIÓN QUE ATIENDA LA COORDINA

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.997.500		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	4,43%
			Retencion en la Fuente del Periodo	$ 208.636
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 3.997.000			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 7.994.500**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 4.708.463**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 208.636**

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

	Setiembre	**Agosto**
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**61319980**
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 I	$ 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	$ 259.000	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 202.300	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 8.500	
Dependientes hasta $ 1.216.128	$ 799.450	
Salud hasta $ 608.064	$ -	
Renta Exenta 25% $ 9.120.960	$ 1.569.488	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	4.708.463,00	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	208.636,00	4,43%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299	34.213,00	0,966%
-	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	**$ 3.754.651,00**	

SON: TRES MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y UN PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

OBL1.Recolección de información de las fichas asignadas para planificar las sesiones de formación.Ficha 2625319 Aplicacion de normas y reglas ortograficas en la redaccion de documentos empresariales 48 hrs /Ficha 2625321 Cultura de la contribucion colombiana 48 horas / Ficha 2563483 Autogestion del ser humano hacia la transformacion social 40horas / Ficha 2625320 Cultura de la contribucion colombiana
OBL3:De acuerdo con la directriz de la Coordinacion de Formación Complementaria para el mes de septiembre se orientaron los siguientes cursos de formacion complementaria: Ficha 2625319 Aplicacion de normas y reglas ortograficas en la redaccion de documentos empresarial 48 hrs /Ficha 2625321 Cultura de la contribucion colombiana 48 horas /Ficha 2563483 Autogestion del ser humano hacia la transformacion social 40horas / Ficha 2625320 Cultura de la contribucion colombiana 48 horas/Ficha 2625321 Cultura de la contribución colombiana 48 h
OBL19: Cumplimiento horas correspondientes a la formación de los cursos: Ficha 2625319 Aplicacion de normas y reglas ortograficas en la redaccion de documentos empresariales 48 hrs /Ficha 2625321 Cultura de la contribucion colombiana 48 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.

INGRID CONSTANZA CARDONA ARIAS
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,

MARTHA OLANDA SIERRA VALENCIA
ASESOR G07(E)

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

MIREYA PARRA PINTO
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	53165730	INGRID CONSTANZA CARDONA ARIAS	CALLE 67A # 63 - 05 Apto 102	4802168	ingrid.cardona82@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-08	2022-08	I	21/09/2022	61319980	$469.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	199.900	0		0		0	13	2.400	0	202.300	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	255.900	0	0	0	0	13	3.100	0	259.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	8.400				8.400	13	100	8.500			84	8.500	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	199.900	202.300
Pensión	1	255.900	259.000
Riesgos Laborales	1	8.400	8.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	464.200	469.800

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	53165730	INGRID CONSTANZA CARDONA ARIAS		CALLE 67A # 63 - 05 Apto 102	4802168	ingrid.cardona82@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-08	2022-08	I	21/09/2022	61319980	$469.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	53165730	CARDONA ARIAS INGRID CONSTANZA	57	0			N																	230201	1.599.000	255.900	0	0	0	0	EPS010	1.599.000	199.900	14-11	1.599.000	1	8.400		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

NOTARIA SESENTA Y DOS (62) DEL CIRCULO DE BOGOTA D.C.
CARLOS ARTURO SERRATO GALEANO
Carrera 24 #53-26, Frente al parqueadero del Centro Comercial Galerías
Telf.: 2489396 – 6958808 – 7042816 Ext: 113 Cel.: 3208183419
Ventanilla única VUR Ext: 114
Email: notaria62bogota@hotmail.com
www.notaria62bogota.com.co

ACTA DE DECLARACIÓN JURAMENTADA N° 1861

El 21 de SEPTIEMBRE de 2022, ante mí, **CARLOS ARTURO SERRATO GALEANO, NOTARIO SESENTA Y DOS DEL CIRCULO DE BOGOTA D.C.**, Compareció: **INGRID CONSTANZA CARDONA ARIAS**, mayor de edad, identificado(a) con la **CC 53.165.730 DE BOGOTA**, de estado civil **Soltera(sumh)** y profesión u ocupación actual **0010**. con el propósito de suscribir la presente acta extraprocesal de conformidad con el artículo 1° del Decreto 1557 del 14 de Julio de 1989 dejando en constancia lo siguiente:

Que estoy (amos) en mi (nuestro) entero y cabal juicio para hacer estas manifestaciones, en los términos del Decreto 1557 de 1989, decreto 2282 de 1989 Art. 1° numeral 130, y Art. 188 Código general del proceso.

PRIMERO: Que todas las declaraciones aquí rendidas las hago (cemos) bajo la gravedad de juramento y no tengo (emos) ningún impedimento para rendirlas ni para suscribir esta acta y a sabiendas de las implicaciones legales que acarrea jurar en falso.

SEGUNDO: Que estoy(amos) física y mentalmente capacitado(a,os) para rendir esta declaración la cual es cierta.

TERCERO: Manifiesto(amos) bajo la gravedad de juramento que: mi padre el señor RICARDO CARDONA PINTO identificado con cedula de ciudadanía numero 19.453.849 expedida en Bogotá depende económicamente de mi en un 100% de sus gastos

Con destino a: QUIEN INTERESE
Para constancia de lo anterior firmo en la ciudad de Bogotá, D.C el día 21 de SEPTIEMBRE de 2022.

IMPORTANTE: LEA Y RECTIFIQUE SU DECLARACIÓN ANTES DE FIRMAR. RETIRADA DE LA NOTARÍA NO SE ACEPTAN CAMBIOS NI RECLAMOS.

En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y sus decretos reglamentarios, con la firma de este formato autorizo al Notario **CARLOS ARTURO SERRATO GALEANO**, para que realice el tratamiento de los datos que me son solicitados durante el trámite de declaración extra juicio, así como de los datos personales que sean entregados durante las etapas de dicho trámite. Lo anterior, con el fin de identificar a las partes interesadas en el trámite, llevar a cabo el trámite solicitado, mantener un control de la información y documentos puestos en su conocimiento y realizar posibles análisis históricos o estadísticos de la información. Declaro conocer que en cualquier momento este formato podrá ser digitalizado, y su físico destruido; que el formato digital tendrá plena validez como prueba de esta autorización; y que mi información y/o los documentos en los que ella se encuentra serán compartidos únicamente por solicitud de autoridades en ejercicio de sus funciones, siendo conservados por el término en que se mantengan las finalidades mencionadas. Así mismo, conozco que como titular de la información podré solicitar conocer, actualizar, rectificar o suprimir mi información personal de las bases de datos de la Notaria, esto último en la medida en que no exista una obligación legal o contractual que lo impida, solicitar prueba de la autorización otorgada para el tratamiento de datos personales, revocar dicho consentimiento, conocer el uso que se le da a mi información y acceder gratuitamente a los datos objeto de tratamiento al menos una vez al mes por medio de correo

electrónico notaria62bogota@hotmail.com. Igualmente conozco que podré informarme sobre el tratamiento que se le da a mi información personal por medio de la política de privacidad publicada en la página web https://www.notaria62bogota.com/, o solicitándola a través del correo electrónico ya mencionado. Declaro que la solicitud efectuada no tiene referencia con datos sensibles o con datos de menores de edad, pero en caso de incluirlos, faculto a la Notaría para realizar su tratamiento para las finalidades autorizadas.

FIRMA _____

Resolución 00755 de 26/01/2022, Articulo 7º **TARIFA: 14.600 IVA 2.774 TOTAL: 17.374, Factura N°. FVE-48272**

DECLARANTE(S),

INGRID CONSTANZA CARDONA ARIAS
CC 53.165.730 DE BOGOTA
Dirección: **CALLE 67 A 63 05 APTO 101**
Telefono:**53165730, Soltera(sumh)**

REPUBLICA DE COLOMBIA
Carlos Arturo Serrato Galeano
NOTARIO SESENTA Y DOS DEL CIRCULO DE BOGOTA, D.C.

CARLOS ARTURO SERRATO GALEANO
NOTARIO SESENTA Y DOS (62) DEL CIRCULO DE BOGOTÁ, D.C.

Linda Karina Villamil Tole

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 30 de septiembre 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:

C.C.	19453849	RICARDO CARDONA PINTO	PADRE

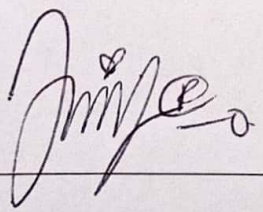
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Padre o hermano que se encuentra en situación de dependencia, por ingresos en el año menores a 260 UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.

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: INGRID CONSTANZA CARDONA ARIAS

C.C. 53.165.730 Bogotá


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 19.453.849
CARDONA PINTO
APELLIDOS
RICARDO
NOMBRES
FIRMA
REPUBLICA DE COLOMBIA
REPUBLICA DE COLOMBIA


INDICE DERECHO
FECHA DE NACIMIENTO 28-AGO-1961
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.70
ESTATURA
A+
G.S. RH
M
SEXO
09-DIC-1979 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
A-1500150-00004861-M-0019453849-20080401
0000122491A 1
1490008561