

 <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	15
	REGIONAL BOYACÁ		Código Centro	911110
	CENTRO MINERO- BOYACA - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION		Fecha Elaboración	Octubre 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	32306-412217
			No. de documento	574024

DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista:	LINA PAOLA TORRES PEREZ	C.C.	46.374.754	IP/N° de contacto
Correo electrónico contratista:	litorresp@sena.edu.co			3132792613
Régimen del IVA:	☐ NO RESPONSABLE	Pertenece al régimen simple de tributación?	☐ NO	Es declarante de renta?
			☐ NO	Es Pensionado?
	☐ NO		☐ SI	☐ NO
Sus ingresos en el 2021 fueron iguales o superiores	☐ NO	Inducción SST	☐ SI	Presta Servicios Excluidos de IVA ?
			☐ SI	☐ SI
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA	Tipo de cta	AHORROS	N° Cuenta
				35836575383
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:	3372033/2022	N° Compromiso SIIF	10722	
Valor Total del Contrato	\$ 39.294.500	N° Pago	9	Periodo objeto de pago
Saldo Anterior del Contrato	\$ 8.774.500			Del 01/10/2022 Al 31/10/2022
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 4.959.500			Legalización comisiones del periodo \$ 0,00
Valor Bruto Pago	\$ 3.815.000,00			

OBJETO CONTRACTUAL:				
(Descripción del servicio prestado)		INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA PLANEAR Y ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, QUE IMPARTE EL CENTRO MINERO EN LOS PROGRAMAS DE FORMACIÓN TITULADAREGULAR EN EL ÁREA DE SEGURIDAD Y S. RADICADO 15-9-2022-000509		

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios	\$ 3.815.000	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	\$ 3.815.000	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 2.248.875	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	Octubre	Setiembre	Valor Base retención en la fuente	2.248.875,00
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.526.000	\$ 1.526.000	Valor Base retención en la fuente ICA	3.380.000,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 190.800	\$ 190.800	Valor base IVA	0,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 244.200	\$ 244.200	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00
ARL II	\$ 16.000	\$ 16.000	Menos Retención IVA	0,00
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -		Reteica - 8299	0,00
Aportes voluntarios a cuentas AFC	\$ -			0,00
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.522.064	\$ -			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	\$ 381.500		Otras Retenciones	0,00
Salud hasta \$ 608.064	\$ -		Descuentos de Libranza	0,00
Renta Exenta 25% \$ 9.120.960	\$ 749.625		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00
Retención en la Fuente Contingente \$ -			VALOR A PAGAR	\$ 3.815.000,00

SON: TRES MILLONES OCHOCIENTOS QUINCE MIL PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Impartir Formación Profesional Integral en el área de Seguridad y Salud en el Trabajo para el Programa Titulada- Regular en el Curso Complementario Fundamentos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo para las siguientes Fichas que se relacionan a continuación: 2636208,2646277, 2656372, 2270659, 2270628 con aplicación de lineamientos Sena en los diferentes Municipios del Departamento de Boyacá Evidencias de Formación Plataforma Territorium, evaluación y reporte de Juicios evaluativos matrícula y verificación de documentación de Aprendices al curso, asistencia a reuniones convocadas por Coordinador Académico, apoyo en la parte administrativa de los Proyectos Productivos				

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.	LINA PAOLA TORRES PEREZ 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, ANA MARIA MONGUI GALVIS INSTRUCTOR G09

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

JUAN CARLOS PINILLA HOLGUIN SUBDIRECTOR DE CENTRO G02
--

Planilla Integrada

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 46374754		TORRES PEREZ LINA PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 2B SUR N. 8-24	SOGAMOSO-BOYACA	7750414	No
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Valor
2022-09	2022-09	1704077253	9440618696	I	2022/10/13	2022/10/13	BANCOLOMBIA	\$451,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO									NOVEDADES																											
No.	Tipo id	No id	Nombre	Tipo Cotizante	Horas Laboradas	Extranjero	Temp. Ext.	Fecha Radicación en el Exterior	ing	Fecha ing	ret	Fecha ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	Fecha Inicio vsp	cor	vst	sln	Fecha Inicio sln	Fecha Fin sln	ige	Fecha Inicio ige	Fecha Fin ige	lma	Fecha Inicio lma	Fecha Fin lma	vac-lr	Fecha Inicio vac-lr	Fecha Fin vac-lr	avp			
1	CC	46374754	TORRES PEREZ LINA PAOLA	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes	0	No	No																													
Total		Afiliados(1)																																		

Planilla Integrada

						SALARIO			PENSION										SALUD								
Fecha Inicio vct	Fecha Fin vct	Art	Fecha Inicio irt	Fecha Fin irt	Vip	Valor	Integral	Tipo de Salario	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Tarifa Alto Riesgo Pensión	Valor Cotización	Cotización Voluntaria Empleador	Cotización Voluntaria Afiliado	Fondo Solidaridad Pensional	Fondo Subsistencia	Valor No retenido	Total	AFP Destino	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Valor UPC
						\$ 1.526.000	No		COLPENSIONES	30	\$ 1.526.000	16%	SIN RIESGO	\$ 244.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 244.200		NUEVA E.P.S.	30	\$ 1.526.000	12,5%	\$ 190.800	\$
																					\$ 244.200				\$ 190.800		

		CCF					RIESGOS						PARAFISCALES										
Total	EPS Destino	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Clase Riesgo	Valor Cotización	Días	IBC	Tarifa SENA	Valor Cotización SENA	Tarifa ICBF	Valor Cotización ICBF	Tarifa ESAP	Valor Cotización ESAP	Tarifa MEN	Valor Cotización MEN	Exonerado SENA e ICBF
0	\$ 190.800		0	\$ 0	0%	\$ 0	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	30	\$ 1.526.000	1,044%	2	\$ 16.000	0	\$ 0	0%	\$ 0	0%	\$ 0	0%	\$ 0	0%	\$ 0	No
	\$ 190.800					\$ 0						\$ 16.000				\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0	

Planilla Integrada

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 46374754		TORRES PEREZ LINA PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 2B SUR N. 8-24	SOGAMOSO-BOYACA	7750414	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2022-09	2022-09	1704077253	9440618696	I	2022/10/13	2022/10/13	BANCOLOMBIA	\$451,000

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$244,200	\$0	\$0	\$244,200
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$244,200	\$0	\$0	\$244,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$16,000	\$0	\$0	\$16,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$16,000	\$0	\$0	\$16,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$190,800	\$0	\$0	\$190,800
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	\$190,800	\$0	\$0	\$190,800
TOTAL				1	\$451,000	\$0	\$0	\$451,000

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Sogamoso, Octubre de 2022

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIAJE (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.	1.002.559.183	MARIA FERNANDA RINCON TORRES	HIJO
R.C	1.145.426.555	SARA VALERIA RINCON TORRES	HIJO

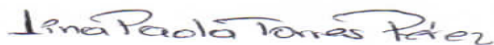
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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: LINA PAOLA TORRES PÉREZ

C.C. 46.374.754

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

1002559183

NUIP E2N0251561

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo 35345355
Serial

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐	Notaría ☒	Número 03	Consulado ☐	Corregimiento ☐	Inspección de Policía ☐	Código E 2 N
País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección de Policía						
COLOMBIA		BOYACA		SOGAMOSO		NOTARIA TERCERA -

Datos del Inscrito

Primer Apellido		Segundo Apellido	
RINCON.		TORRES.	
Nombre(s)			
MARIA FERNANDA.			
Fecha de nacimiento		Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo
Año 2003	Mes MAY	Día 18	FEMENINO.
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección)		Factor RH	
CLINICA JULIO SANDOVAL MEDINA COLOMBIA BOYACA SOGAMOSO.		POSITIVO.	

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

CERTIFICADO MEDICO DE NACIDO VIVO.	Número certificado de nacido vivo
-	4957805

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos		Nacionalidad
TORRES PEREZ LINA PAOLA.		-
Documento de identificación (Clase y número)		Nacionalidad
C.C.No. 46.374.754 DE SOGAMOSO.		COLOMBIANA.

Datos del padre

Apellidos y nombres completos		Nacionalidad
RINCON PARDO JOHN ALEXANDER.		-
Documento de identificación (Clase y número)		Nacionalidad
C.C.No. 74.185.117 DE SOGAMOSO.		COLOMBIANO.

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos		Firma
RINCON PARDO JOHN ALEXANDER.		-
Documento de identificación (Clase y número)		-
C.C.No. 74.185.117 DE SOGAMOSO.		-

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos		Firma
-		-
Documento de identificación (Clase y número)		-
-		-

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos		Firma
-		-
Documento de identificación (Clase y número)		-
-		-

Fecha de inscripción

Año 2003	Mes MAY	Día 22	Nombre y firma del funcionario que autoriza
			GUSTAVO PEDRAZA GUTIERREZ.
			Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Firma	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
-	GUSTAVO PEDRAZA GUTIERREZ.
-	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

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

NUIP 1.145.426.555

**REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO**

Indicativo
Serial

54069313

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒ Notaría ☐ Número ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código D U Q

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

REGISTRADURIA DE SOGAMOSO H. R. SOGAMOSO - COLOMBIA - BOYACA - SOGAM

Datos del inscrito

Primer Apellido

Segundo Apellido

RINCON

TORRES

Nombre(s)

SARA VALERIA

Fecha de nacimiento

Sexo (en letras)

Grupo sanguíneo

Factor RH

Año 2013

Mes OCT

Día 13

FEMENINO

O

POSITIVO

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

COLOMBIA BOYACA SOGAMOSO

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

Número certificado de nacido vivo

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO

12195155-7

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

TORRES PEREZ LINA PAOLA

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CC 46.374.754

COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

RINCON PARDO JOHN ALEXANDER

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CC 74.185.117

COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

RINCON PARDO JOHN ALEXANDER

Documento de identificación (Clase y número)

CC 74.185.117

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

Nombre y firma del funcionario que autoriza

Año 2013

Mes OCT

Día 15

CARLOS ARISTE PEREZ DIAZ - REGISTR

Nombre y firma



REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

El Suscrito Registrador Municipal del Estado Civil de

Sogamoso Boyacá

Firma

Nombre y firma

Que el presente documento es fiel fotocopia tomada de su original que reposa en el archivo de este despacho

ESPACIO PARA NOTAS

Solicitado por:

Lina Paola 400

Documento de identificación:

46374754

Fecha: 09 JUN 2021

SEBASTIAN CHAPARRO PEREZ
Registrador del Estado Civil

LA REGISTRADURÍA



- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -