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 BOYACÁ
CENTRO DE DESARROLLO AGROPECUARIO Y AGROINDUSTRIAL - BOYACA - SERVICIOS PRESTADO
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	**15**
Código Centro	**911010**
Fecha Elaboración	**Octubre de 2022**
Versión	**MAYO 2022 - 2,22**
ID de Proceso	**39302-714924**
No. de documento	**585965**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	LINA FERNANDA RAMIREZ MESA	**C.C.**	46.373.984	**IP/Nº de contacto**	3175385518
Correo electrónico contratista:	linafdaramirez@misena.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 ?**		NO	
Banco al cual consignar:	BANCO BBVA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		841257645	
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:	3472823/2022			**Nº Compromiso SIIF**		**19022**	
Valor Total del Contrato	$ 40.184.667	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 9.664.667	**9**	**Del**	**01/10/2022**	**Al**	**31/10/2022**	**$ 3.815.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 5.849.667		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

Prestar servicios personales para planear, orientar y evaluar actividades de formación profesional integral que imparte el Centro de Desarrollo Agropecuario y Agroindustrial en el área de Ambiental del programa de formación Titulada Regular y/o Complementaria, de acuerdo con los lineamientos y normatividad vigente.

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.815.000		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0,00%
			Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 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

	Octubre	Setiembre			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**9440910703**	Valor Base retención en la fuente	2.248.875,00	TARIFA
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	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL II	$ 16.000	$ 16.000	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 334	23.272,00	0,610%
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	$ -		-	0,00	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta $ 1.216.128	$ 381.500		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 608.064	$ -				
Renta Exenta 25% $ 9.120.960	$ 749.625		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	**$ 3.791.728,00**	

SON: TRES MILLONES SETECIENTOS NOVENTA Y UN MIL SETECIENTOS VEINTIOCHO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

03 al 07 de octubre de 2022 diseño curricular
10 al 14 de octubre de 2022 formación Ficha 2653998 Elaboración de productos utilizando la biodiversidad vegetal Ficha: 2653998 Compe
18 al 21 de octubre de 2022 formación Ficha 2653998 Elaboración de productos utilizando la biodiversidad vegetal Ficha: 2653998 Compe
25 al 28 de octubre de 2022 formación ficha 2516588 Téc Conservación de R.N orientando la competencia Desarrollar estrategias para
31 de octubre de 2022 formación ficha 2516588 Téc Conservación de R.N orientando la competencia Desarrollar estrategias para

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 FERNANDA RAMIREZ MESA
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,

JENNY ALEXANDRA SOLER GRANADOS
INSTRUCTOR G13

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

IVAN MAURICIO ROJAS RUIZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 46373984		RAMIREZ MESA LINA FERNANDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	TRANSVERSAL 16 # 16 28	SOGAMOSO-BOYACA	7707028	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-09	2022-09	1711663192	9440910703	I	2022/10/21	2022/10/18	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	$451,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION		SALUD		CCF		RIESGOS		PARAFISCALES	
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	Codigo	Dias	Codigo	Días	Codigo	Días	Días	Exonerado SENA e ICBF
1	CC	46373984	RAMIREZ MESA LINA FERNANDA																		230301	30	EPS037	30		0	14-23	30	0	No
Total	**Afiliados(1)**																												

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 46373984		RAMIREZ MESA LINA FERNANDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	TRANSVERSAL 16 # 16 28	SOGAMOSO-BOYACA	7707028	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-09	2022-09	1711663192	9440910703	I	2022/10/21	2022/10/18	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	$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
PORVENIR	230301	800,224,808	8	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**

Resumen de Pago por Administradora

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 46373984		RAMIREZ MESA LINA FERNANDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	TRANSVERSAL 16 # 16 28	SOGAMOSO-BOYACA	7707028	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-09	2022-09	1711663192	9440910703	I	2022/10/21	2022/10/18	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	$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
PORVENIR	230301	800,224,808	8	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

2022/10/18 03:42 PM

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Duitama, 18 de octubre de 2022

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (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.	**1054290116**	**Violeta Mesa Ramírez**	**HIJO**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Elija un elemento.

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 Fernanda Ramírez Mesa

C.C. 46373984

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1054290116

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 57456569

57456569

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
	X	03				E2N

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

COLOMBIA — BOYACA — SOGAMOSO

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MESA	RAMIREZ

Nombre(s): VIOLETA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2017 Mes DIC Día 28	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 DE NACIDO VIVO	14356247-2

Datos de madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que e indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: RAMIREZ MESA LINA FERNANDA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 46.373.984 *	COLOMBIANA

Datos de padre o madre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que e indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: MESA MONTAÑA DAVID ALONSO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 74.082.383 *	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: MESA MONTAÑA DAVID ALONSO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. 74.082.383 *	

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
*_ *_	

REPÚBLICA DE COLOMBIA — MARLEN BELTRÁN MEDINA — NOTARIA ENCARGADA — NOTARÍA TERCERA SOGAMOSO

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2018 Mes ENE Día 03	MARLEN BELTRAN MEDINA (E) Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Scanned by CamScanner