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 CHOCÓ
CENTRO DE RECURSOS NATURALES, INDUSTRIA Y BIODIVERSIDAD - SERVICIOS PRESTADOA A LA F
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	**27**
Código Centro	**952210**
Fecha Elaboración	**Octubre de 2022**
Versión	**MAYO 2022 - 2,22**
ID de Proceso	**10166-362851**
No. de documento	**593737**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	RUTH EMENILDA MOSQUERA PALACIOS	**C.C.**	54.254.468	**IP/Nº de contacto**	44459
Correo electrónico contratista:	remosquera@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:	BANCO POPULAR	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		210380377275	
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:	3276729/2022			**Nº Compromiso SIIF**		**21822**	
Valor Total del Contrato	$ 25.543.553	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 8.094.048	**7**	**Del**	**01/10/2022**	**Al**	**31/10/2022**	**$ 3.153.525,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 4.940.523		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE CARÁCTER TEMPORAL DE CIENTO DOS (102) INSTRUCTORES PARA ATENDER LOS PROCESOS DE FORMACIÓN QUE SE ATENDERÁN EN LA VIGENCIA 2022 DEL NIVEL TITULADA EN EL CENTRO DE RECURSOS NATURALES, INDUSTRIA Y BIODIVERSIDAD DE LA REGIONAL

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.153.525		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	**$ 3.153.525**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.858.929**		**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	----------	**4461944451**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.261.410	$ 1.261.410
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 157.700	$ 157.700
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 201.900	$ 201.900
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 6.600	$ 6.600
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	$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Dependientes hasta $ 1.216.128	$ 315.353	
Salud hasta $ 608.064	$ -	
Renta Exenta 25% $ 9.120.960	$ 619.643	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	1.858.929,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	2.793.925,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8551	5.588,00	0,200%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Pro Utch	31.535,00	1,000%
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	**$ 3.116.402,00**	

SON: TRES MILLONES CIENTO DIECISEIS MIL CUATROCIENTOS DOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

En el mes de octubre se realizó formación con las fichas 26262626 de manipulación de alimentos con manipuladoras de la empresa Funevi y con la ficha 2614454 -2656887 de procesos de panadería, con las cuales se realizaron actividades y talleres sobre los riesgos de contaminación en los alimentos, tipos de alimentos, de alto y bajo riesgo,cómo prevenir las enfermedades transmitidas por los alimentos, las causas y síntomas para prevenirlas. Tener presente la legislación, conocer y aplicar la normatividad los conceptos, principios y factores de contaminación físicos,químicos y biológicos. Igualmente todo lo relacionado con el plan de saneamiento básico con la limpieza, tipos de limpiadores, y frecuencia; la desinfección, tipos de desinfectantes y la frecuencia; el control de plagas con las fumigaciones, el control de los residuos sólidos y líquidos.
Sin olvidar ni descuidar la utilización de agua potable para todos los procesos y actividades para tener asepsia e higiene en las plantas de transformación de alimentos para ofrecer productos libres de contaminación.

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.

RUTH EMENILDA MOSQUERA PALACIOS
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,

YILSE ALEID RUIZ CARRILLO
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

JUAN CARLOS BLANCO CORDOBA
DIRECTOR REGIONAL CON FUNCIONES DE SUBDIRECTOR DE CENTRO

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Quibdó, 31 de octubre 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:

T.I.	**1077998474**	**MARISEL MENA MOSQUERA**	**HIJO**

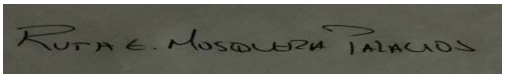
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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,



RUTH E. MOSQUERA PALACIOS
FIRMA

Nombre: RUTH EMENILDA MOSQUERA

C.C. 54254468

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1077997484

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 37423713

* 37423713 *

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 01 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 33 01

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

X X X X X X X X X COLOMBIA CHOCO QUIBDO X X X X X X X X X X X

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre(s)
X X X X X X MENA	X X X X X X MOSQUERA	X X X X X X X X X X X X X X X X X X X MARISEL

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2005 Mes 02 Día 11	FEMENINO	O	POSITIVO

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

X X COLOMBIA CHOCO QUIBDO HOSPITAL ISMAEL ROLDAN VALENCIA X X X X X

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	A 5855930

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: X X X X X X X X X MOSQUERA PALACIOS RUTH EMENILDA X X X X X X

Documento de identificación (Clase y número): C.C # 54254468 DE QUIBDO

Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: X X X X X X X MENA CORDOBA MARCIAL X X X X X X X X X X X X X X X

Documento de identificación (Clase y número): C.C # 11794940 DE QUIBDO

Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: X X X X X X X MENA CORDOBA MARCIAL X X X X X X X X X X X X X X

Documento de identificación (Clase y número): C.C # 11794940 DE QUIBDO

Firma: xmarcialmen-c

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos: X X X X X X X X X X X X X X X X X X X

Documento de identificación (Clase y número):

Firma:

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos: X X X X X X X X X X X X X X X X X X X

Documento de identificación (Clase y número):

Firma:

Fecha de inscripción

Año 2005 Mes 03 Día 10

Nombre y firma del funcionario

TITO E. SALAZAR LOZANO
NOTARIO PRIMERO
Círculo de Quibdó, Chocó

Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Escaneado con CamScanner