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 QUINDÍO
CENTRO PARA EL DESARROLLO TECNOLOGICO DE LA CONSTRUCCION Y LA INDUSTRIA - QUINDIO-
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	**63**
Código Centro	**923110**
Fecha Elaboración	**Octubre de 2022**
Versión	**MAYO 2022 - 2,22**
ID de Proceso	**26653-691403**
No. de documento	**594368**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	ELEONORA HERNANDEZ GOMEZ	**C.C.**	33.817.884	**IP/Nº de contacto**	62847
Correo electrónico contratista:	ehernandezg@sena.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 ?**		SI	
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		06934784675	
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:	3355880/2022			**Nº Compromiso SIIF**		**3722**	
Valor Total del Contrato	$ 41.210.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 10.010.000	**9**	**Del**	**01/10/2022**	**Al**	**31/10/2022**	**$ 3.900.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 6.110.000		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: ORIENTAR FORMACION TITULADA-COMPLEMENTARIA PRESENCIAL/VIRTUAL _NIS_2022-02-020410

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.900.000	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	**$ 3.900.000**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.299.050**	**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	----------	**9440905188**	Valor Base retención en la fuente	2.299.050,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.560.000	$ 1.560.000	Valor Base retención en la fuente ICA	3.455.400,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 195.000	$ 195.000	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 249.600	$ 249.600	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 V	$ -	$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 8299	0,00	0,000%
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	$ 390.000		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 608.064	$ -				
Renta Exenta 25% $ 9.120.960	$ 766.350		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	**$ 3.900.000,00**	

SON: TRES MILLONES NOVECIENTOS MIL PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

El contratista en cumplimiento de sus funciones adelanto acciones de formacion profesional integral en las fichas de formación titulada tecnico en catastro 2560452, asi mismo ejercer funciones como direccion de grupo de la misma ficha, realizar seguimiento a pasantes en etapa productiva fichas 1363798 1363828 1504950 1197571 1802888 1363758 1363828 1827895 1320641 1905513 1132327 1196479 1197756 1505878 sin exceder las 160 horas del mes

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.

ELEONORA HERNANDEZ GOMEZ
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,

GERMAN DARIO HERNANDEZ TORRES
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

ANSTRONG ALBERTO GOMEZ RIOS
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 33817884		HERNANDEZ GOMEZ ELEONORA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 24 No. 46-16	CALARCA-QUINDIO	7502226	Si

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	1712840031	9440905188	I	2022/10/21	2022/10/19	BANCOLOMBIA	0	$452,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC	33817884	HERNANDEZ GOMEZ ELEONORA	25-14	30	$1,560,000	$249,600	EPS010	30	$1,560,000	$195,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,560,000	$8,200	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					**$1,560,000**	**$249,600**			**$1,560,000**	**$195,000**			**$0**	**$0**			**$1,560,000**	**$8,200**		**$0**	**$0**

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$249,600	$0	$0	$249,600
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$249,600	$0	$0	$249,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$8,200	$0	$0	$8,200
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$8,200	$0	$0	$8,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$195,000	$0	$0	$195,000
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$195,000	$0	$0	$195,000
TOTAL				1	$452,800	$0	$0	$452,800

2022/10/19 09:52 AM

Comprobante

de pago en línea

APORTES EN LINEA

Pago realizado por: ELEONORA HERNANDEZ GOMEZ

Nro. de recibo: 9440905188

Descripción del pago: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9440905188

Identificación del contribuyente: 181.48.9.101

Concepto: CC

Razón Social: 33817884

Fecha y hora de la transacción: Miércoles 19 de Octubre de 2022 09:51:33 AM

Nro. de comprobante: 0000090961

Valor pagado: $ 452,800.00

Cuenta: *******4675

Bancolombia S.A.

Comuníquese con nuestra Sucursal Telefónica Bancolombia: Bogotá 343 0000 - Medellín 510 9000 - Cali 554 0505 - Barranquilla 361 8888 - Cartagena 693 4400 - Bucaramanga 697 2525 - Pereira 340 1213 - El resto del país 01 800 09 12345 - Sucursales Telefónicas en el exterior: España 900 995 717 - Estados Unidos 1866 379 9714, en caso de recibir una alerta o notificación de una transacción que presenta alguna irregularidad.

Bancolombia nunca le solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Armenia, 21 de febrero de 2022

SENA - CFP-639231
Radicacion Recibida
No:63-1-2022-001003
21/02/2022 3:19:09 P. M.
Destinatario: 639231

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.	**1092853963**	**Santiago Ocampo Hernandez**	**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: _ELEONORA HERNANDEZ GOMEZ

C.C. _33.817.884 CALARCA

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

135

NUIP 1092853963.-

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 32777554

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [x] Número 05 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** 50 1 1

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

COLOMBIA QUINDIO ARMENIA.-X-X-X

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
OCAMPO.-X-X-X-X-X-X-X-X-X-X-	HERNANDEZ.-X-X-X-X-X-X-X-X-X-X-X

Nombre(s): SANTIAGO.-X-X-X-X-X-X-X-X-X-X-X-X-X-X-X-X-X-X-X-X-X-X-X-X-X-X-X-X-X-X-

Fecha de nacimiento			Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2009	Mes ENE	Día 14	MASCULINO	A	POSITIVO

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

COLOMBIA QUINDIO ARMENIA.-X-X-X-X

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO DR SANTANA	51114351-7 - - - -

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: HERNANDEZ GOMEZ ELEONORA.-X-X-X-X-X-X-X-X-

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC Nº 33.817.884 DE CALARCA QUINDIO	COLOMBIANA.-X-X-X-X-X

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: OCAMPO OROZCO JORGE IVAN.-X-X-X-X-X-X-X-X-

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC Nº 18.395.085 de CALARCA QUINDIO	COLOMBIANA.-X-X-X-X

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: HERNANDEZ GOMEZ ELEONORA.-X-X-X-X-X-X-X-X

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC Nº 33.817.884 de CALARCA QUINDIO.-X-X-X-X-X	Eleonora Hernandez G.

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos: !X!X!X!X!X!X!X!X!X! !S SX!X!X!X!X!X!X!

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
!X!X!X!X!X!X!X!X!	!X!X!X!X!X!X!X!X!

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
!X!X!X!X!X!X!X!X!	!X!X!X!X!X!X!X!X!

REPUBLICA DE COLOMBIA

Fecha de inscripción			Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2009	Mes ENE	Día 21	DR CARLOS ALBERTO MEJIA MEJIA.-X-X-X-X-X-X

CARLOS ALBERTO MEJIA MEJIA

Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
!X!X!X!X!X!X!X!X!X!X!	!X!X!X!X!X!X!X!X!X!X!
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

NOTARÍA QUINTA ARMENIA QUINDIO R

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

1 copia en cu 081 10

IMPRESO POR PANAMERICANA FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800.175.457-6