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 FP
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	**87107-369196**
No. de documento	**592346**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	MARIA CENILMA ARTEAGA OSORIO	**C.C.**	41.920.123	**IP/Nº de contacto**	63473
Correo electrónico contratista:	mcarteaga@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 ?**		NO	
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		06921108000	
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:	3368007/2022			**Nº Compromiso SIIF**	**8922**	
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 FORMA.TITULA-COMPL. PRESENCIAL/VIRTUAL POB. VICTIMA-VULNERA_NIS_2022-02-021406

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			TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**7849662688**	Valor Base retención en la fuente	2.299.050,00	
			Valor Base retención en la fuente ICA	3.455.400,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.560.000	$ 1.560.000	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 195.000	$ 195.000	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 249.600	$ 249.600	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
ARL I	$ 8.200	$ 8.200	Reteica - 8299	0,00	0,000%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		-	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	0,000%
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				
Salud hasta $ 608.064	$ -		Descuentos de Libranza	0,00	
Renta Exenta 25% $ 9.120.960	$ 766.350		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		**VALOR A PAGAR**	**$ 3.900.000,00**	

SON: TRES MILLONES NOVECIENTOS MIL PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ejecutar la formación profesional integral de acuerdo con el diseño curricular y/o proyecto formativo de los programas relacionados con su perfil, Aplicar y hacer cumplir el reglamento del aprendiz, así como el manual de convivencia del Centro de Formación.
El instructor solo podrá reportar un máximo de ciento sesenta (160) horas mes conforme a las horas académicas impartidas.

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.

MARIA CENILMA ARTEAGA OSORIO
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,

CLARA MARIA GARCIA CRUZ
COORDINADORA ACADÉMICA

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

PLANILLA INTEGRADA AUT
SOPORTE DE P

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	41920123
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MARIA ZENILMA ARTEAGA OSORIO
CIUDAD/MUNICIPIO:	ARMENIA	DEPARTAMENTO:	QUINDIO
DIRECCIÓN:	BARRIO LA IRLANDA MZ. A CASA NO. 3	TELÉFONO:	7315853
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

NÚMERO
PERIODO
DÍAS DE I
FECHA P

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOL
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 249.600	$ 0
SUBTOTALES:				

TOTAL APORT

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERN	
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	V
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		
SUBTOTALES:						

TOTAL APORTES A RIES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD I	
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		
SUBTOTALES:				

LIQUIDACIÓN DETA

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 41920123	ARTEAGA OSORIO MARIA CENILMA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.560.000				NO																	

PENSIÓN						
ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		
				SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMP
25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.560.000	$ 249.600	$ 0	$ 0	

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MARIA ZEN
CIUDAD/MUNICIPIO:	ARMENIA	DEPARTAMENTO:	
DIRECCIÓN:	BARRIO LA IRLANDA MZ. A CASA	TELÉFONO:	
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
NÚMERO PLANILLA:	**7849662688**	TIPO DE PLANILLA:	
PERIODO COTIZACIÓN	MES: septiembre	PERIODO COTIZACIÓN	
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2022	SALUD:	
DÍAS DE MORA:	0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2022/09/19	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	

LIQUIDACIÓN GENERAL			
			COTIZA
PENSIÓN			
ADMINISTRADORA			
NIT	CÓDIGO	NOMBRE	
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	
SUBTOTAL:			
SALUD			
ADMINISTRADORA			
NIT	CÓDIGO	NOMBRE	
800130907	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	
SUBTOTAL:			
RIESGOS PROFESIONALES			
ADMINISTRADORA			
NIT	CÓDIGO	NOMBRE	
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	
SUBTOTAL:			

TOTAL PAGADO:	

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 14 de marzo de 2022

SENA - CFP-639231
Radicacion Recibida
No:63-1-2022-001475
15/03/2022 5:04:01 P. M.
Destinataria: 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.	**1092458669**	**Manuelita María López Arteaga**	**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: María Cenilma Arteaga Osorio

C.C.: 41920123 Armenia Q.

REPUBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCION NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

AAG

NUIP 1092458669

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 41251334

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Inspección [ ] Notaría [X] Número 04 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código N 4 Z

COLOMBIA / QUINDIO / ARMENIA

Datos del inscrito

Primer Apellido: LOPEZ
Segundo Apellido: ARTEAGA
Nombre(s): MANUELITA MARIA
Fecha de nacimiento: Año 2008 Mes MAR Día 21
Sexo (en letras): FEMENINO
Grupo Sanguíneo: O
Factor RH: POSITIVO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía): COLOMBIA / QUINDIO/ ARMENIA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO DE NACIDO VIVO
Número consecutivo de nacido vivo: 50095934-8

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: ARTEAGA OSORIO MARIA CENILMA
Documento de identificación (Clase y número): C.C. 41,920,123 ARMENIA
Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: LOPEZ DUCUARA FRANCISCO DAVID
Documento de identificación (Clase y número): C.C. 7,543,848 ARMENIA
Nacionalidad: COLOMBIANA

Firma declarante: Apellidos y nombres completos: ARTEAGA OSORIO MARIA CENILMA / B. LA IRLANDA MZ A CS 3 ARMENIA
Documento de identificación (Clase y número): C.C. 41,920,123 ARMENIA
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: Año 2008 Mes ABR Día 16

Nombre y firma del funcionario que autoriza: GILBERTO RAMIREZ ARCILA

Reconocimiento paterno: LOPEZ DUCUARA FRANCISCO DAVID
Firma:

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace reconocimiento: NOTARIA CUARTA AHORA GILBERTO RAMIREZ ARCILA

ESPACIO PARA NOTAS

ANOTADO L.V.F.367/2008

23 AGO 2019

PRESENTE FOTOCOPIA ESTA TOMADA DE SU ORIGINAL QUE REPOSA EN ESTA NOTARIA

SE EXPIDE PARA: tramites

A SOLICITUD DE: Rosa Cenilma Arteaga

IDENTIFICADO CON C.C. No. 41920

NOTARIA CUARTA
Luz Fanny Pazmiño Arcila
Secretaria General

CALLE 20 # 15-35 ARMENIA - QUINDIO
TELEFONOS 741 15 60 - 741
NOTARIO CUARTO

— ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO —