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 CUNDINAMARCA
CENTRO DE LA TECNOLOGÍA DEL DISEÑO Y LA PRODUCTIVIDAD-CUNDINAMARCA
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	25
Código Centro	951110
Fecha Elaboración	31 de Octubre de 2022
Versión	MAYO 2022 - 2,22
ID de Proceso	53310-166144
No. de documento	597328

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: / Correo electrónico contratista:	ANA MILENA CRUZ ROJAS crana8@misena.edu.co	C.C.	53.931.238	IP/Nº de contacto	3165822660
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:	DAVIVIENDA	Tipo de cta	AHORROS	Nº Cuenta	406170019987
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:	3387422/2022			Nº Compromiso SIIF	76322	
Valor Total del Contrato	$ 39.042.250	N ° Pago	Periodo objeto de pago			Valor Bruto Pago
Saldo Anterior del Contrato	$ 8.927.750	7	Del	01/10/2022	Al 31/10/2022	$ 3.997.500,00
Nuevo Saldo del Contrato	$ 4.930.250		Legalización comisiones del periodo		$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)
SERVICIOS PERSONALES: CESION CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS NO. CO1.PCCNTR.3387422

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.997.500		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	$ 3.997.500		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	$ 2.356.463		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		24619545
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.599.000	$ 1.599.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 199.900	$ 199.900
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 255.900	$ 255.900
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL	$ 8.400	$ 8.400
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	$ 399.750	
Salud hasta $ 608.064	$ -	
Renta Exenta 25% $ 9.120.960	$ 785.488	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.356.463,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.541.700,00	
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 - 8299	35.417,00	1,000%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
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	**$ 3.962.083,00**	

SON: TRES MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y DOS MIL OCHENTA Y TRES PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se lleva a cabo formación de acuerdo a los lineamientos dados por la coordinación académica así:
FICHA: 2292739 COMPETENCIA: GESTIONAR PROCESOS PROPIOS DE LA CULTURA EMPRENDEDORA, RESULTADOS DE APRENDIZAJE ETAPA PRACTICA 28 HORA
FICHA: 2284501 COMPETENCIA: GESTIONAR PROCESOS PROPIOS DE LA CULTURA EMPRENDEDORA, RESULTADOS DE APRENDIZAJE ETAPA PRACTICA 30 HORAS
FICHA: 2501941 COMPETENCIA: DOCUMENTAR PROCESOS DE ACUERDO CON NORMATIVA Y PROCEDIMIENTOS TÉCNICOS 64 HORAS
FICHA: 2504782 COMPETENCIA: ATENCIÓN Y SERVICIO A CLIENTES, RECONOCER RECURSOS FINANCIEROS DE ACUERDO CON METODOLOGÍA. 30 HORAS
FICHA: 2291156 COMPETENCIA: GESTIONAR PROCESOS PROPIOS DE LA CULTURA EMPRENDEDORA, RESULTADOS DE APRENDIZAJE ETAPA PRACTICA, 8 HORAS
Se realiza formación de acuerdo al diseño curricular, se hace seguimiento a los grados once en los proyectos, se llevan a cabo las bitácoras, se cargan las horas en SOFIA PLUS de los instructores asignados del programa de articulación
total de horas dedicadas a formación 160 horas

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.

ANA MILENA CRUZ ROJAS
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 periodo 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,

ELKIN ALEXIS GUALTERO CASTRO
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

DAVID ALBERTO CORREA CASTILLO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

Powered by CamScanner

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Girardot, 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 Tribu ario 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.	1071789657	ANA VICTORIA GARCIA CRUZ	HIJO
T.I.	1071789658	ANA SOFIA GARCIA CRUZ	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:
ANA MILENA CRUZ ROJAS

C.C. 53.931.238

Escaneado con CamScanner

Powered by CamScanner



REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1071789657

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 43999418

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código J 6 L

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

NOTARIA 2 FUSAGASUGA COLOMBIA CUNDINAMARCA FUSAGASUGA

Datos del Inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
GARCIA	CRUZ

Nombre(s): ANA VICTORIA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2011 Mes OCT Día 27	FEMENINO	B	+

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA GIRARDOT

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	10916127-6

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: CRUZ ROJAS ANA MILENA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 0053931238	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: GARCIA MORALES HUGO RAFAEL

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 0011257844	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: GARCIA MORALES HUGO RAFAEL

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CEDULA DE CIUDADANIA 0011257844	

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 2011 Mes NOV Día 01

Nombre y firma del funcionario autorizado: SANDRA CAROLINA ALARCON ARIAS

Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1071789658

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 43999419

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código J 6 L

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

NOTARIA 2 FUSAGASUGA COLOMBIA CUNDINAMARCA FUSAGASUGA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
GARCIA	CRUZ

Nombre(s): ANA SOFIA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2011 Mes OCT Día 27	FEMENINO	B	+

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA GIRARDOT

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	10916128-3

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: CRUZ ROJAS ANA MILENA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 005393123	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: GARCIA MORALES HUGO RAFAEL

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 001125784	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: GARCIA MORALES HUGO RAFAEL

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CEDULA DE CIUDADANIA 001125784	

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 2011 Mes NOV Día 01

Nombre y firma del funcionario que autoriza: SANDRA CAROLINA [illegible]

Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Powered by CamScanner

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL :	ANA MILENA CRUZ ROJAS
IDENTIFICACION:	CC-53931238
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2022-10-25
FECHA LIMITE DE PAGO:	2022-10-11
FECHA DE PAGO:	2022-10-25
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO CAJA SOCIAL BCSC
PERIODO PENSION:	2022-09
PERIODO SALUD:	2022-09
NUMERO PLANILLA:	24619545
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	24619545
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	$ 1.599.000	$ 0	$ 0	$ 2.700	$ 199.900	$ 202.600
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	$ 1.599.000	$ 0	$ 0	$ 3.500	$ 255.900	$ 259.400
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 1.599.000	$ 0	$ 0	$ 200	$ 8.400	$ 8.600
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 6.400	$ 464.200	$ 470.600

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	10/11/2022

PAGADO

Powered by CamScanner

ASOPAGOS s.a.

PLANILLA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES
PLANILLA NRO. 24619545
REFERENCIA DE PAGO (PIN):
Fecha Pago Planilla: 2022-10-25

PAGADA

DATOS DEL APORTANTE					
RAZÓN SOCIAL	ANA MILENA CRUZ ROJAS	TIPO DE PERSONA	Natural	TIPO DE DOCUMENTO	Cédula de Ciudadanía
Nro. DE IDENTIFICACIÓN	53931238	D.V.	0	TIPO DE APORTANTE	Independiente
DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA	CENTRO	DEPARTAMENTO	CUNDINAMARCA	MUNICIPIO	FUSAGASUGA
ACTIVIDAD ECONÓMICA	7490	CORREO ELECTRÓNICO	NOTIENE@HOTMAIL.COM	TELÉFONO	3333333333
FAX	0	SUCURSAL	0	NOMBRE SUCURSAL	0
TIPO DE ENTIDAD	Privada	ARL	POSITIVA	Tipo de aportante	Independiente

REPRESENTANTE LEGAL					
Nro. DE IDENTIFICACIÓN		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE			

PERÍODO COTIZACIÓN PENSIÓN		PERÍODO COTIZACIÓN SALUD		FORMA DE PRESENTACIÓN
Año: 2022	Mes: 09	Año: 2022	Mes: 09	Único
Nro. DE TRABAJADORES		Vlr. TOTAL NÓMINA		Nro. DE RADICACIÓN
1		$0		24619545

Powered by CamScanner

IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO									Salario
Identificación	Tipo Vinculación	Subtipo Cot	Ext no obl	Colombiano ext	Dpto	Mun	Tipo de Salario	Nombres	Salario Básico
CC-53931238	59	No	No	No	25	290	Salario	CRUZ ROJAS ANA MILENA	$1.599.000

NOVEDADES																													
Identificación	ING	Fecha Ing	RET	Fecha Ret	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha Nov Vsp	VTE	VST	SLN	Fecha Sln Inicio	Fecha Sln Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha Lma Inicio	Fecha Lma Fin	VAC	Fecha Vac Inicio	Fecha Vac Fin	AVP	VCT	Fecha Vct Inicio	Fecha Vct Fin	IRL	Fecha Irp Inicio	Fecha Irp Fin
CC - 53931238																													0		

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES											
Identificación	AFP	Dias Cotizados	IBC pensión	Tarifa	Cot Obl	Cot Vol Afil	Cot Vol Aport	Total Cot	Fondo Sol	Fondo Subsistencia	Vlr no ret
CC - 53931238	COLPENSIONES	30	$1.599.000	0.1600000	$255.900	$0	$0	$255.900	$0	$0	$0

SISTEMA GENERAL DE SALUD											SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES				
Identificación	EPS	Dias Cot	IBC salud	Tarifa	Cot Obl	UPC Adic	Núm Aut EG	Valor EG	Núm Aut Lic	Valor Lic	Dias Cot	IBC Riesgos	Cód CT	Tarifa	Cot Obl
CC - 53931238	SANITAS	30	$1.599.000	0.1250000	$199.900	$0	0	$0	0	$0	30	$1.599.000	1	0.0052200	$8.400

APORTES PARAFISCALES													
Identificación	CCF	Días Cot a CCF	IBC Cajas	Tarifa CCF	Aporte CCF	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF	Tarifa ESAP	Aporte ESAP	Tarifa Min Edu	Aporte Min Edu
CC-53931238	SIN CCF	0	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0	0.0000000	$0

TOTALES PARA EL PERÍODO 2022 - 09											
TOTAL APORTES DEL PERÍODO A PENSIÓN POR ADMINISTRADORA											
ADMINISTRADORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	VLR COTIZACIÓN VOL AFIL	VLR COTIZACIÓN VOL APOR	VLR APORTE FONDO PENSIÓN SOL	VLR APORTE FONDO PENSIÓN SUBS	DÍAS MORA	VLR INTERESES	VLR INTERESES FONDO DE SOLIDARIDAD	VLR INTERESES FONDO DE SUBSISTENCIA	TOTAL PAGAR
COLPENSIONES	1	$255.900	$0	$0	$0	$0	14	$3.500	$0	$0	$259.400

Powered by CamScanner

TOTAL APORTES DEL PERÍODO A SALUD POR ADMINISTRADORA																			
ADMINISTRADORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	VLR UPC	AUT. IGE	VLR IGE	AUT. DESC LMA	VLR LMA	VLR NETO APORTES DE COT	DÍAS MORA	VLR INTERESES COT OBL	VLR INTERESES UPC	SUBTOTAL APORTES COT	SUBTOTAL APORTES	RADICACIÓN AUTOLIQ INICIAL	SALDO FAVOR PERÍODO ANTERIOR COT OBL	SALDO FAVOR PERÍODO ANTERIOR UPC	TOTAL PAGAR COT OBL	TOTAL PAGAR UPC	FONDO DE SOL SALUD	TOTAL PAGAR
SANITAS	1	$199.900	$0	0	$0	0	$0	$199.900	14	$2.700	$0	$202.600	$0	0	$0	$0	$202.600	$0	$0	$202.600

TOTAL APORTES DEL PERÍODO A RIESGOS PROFESIONALES POR ADMINISTRADORA													
ADMINISTRADORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	NÚM AUT PAGO INCAPACIDADES	VLR INCAPACIDADES	VLR APORTES PAGADOS A OTROS RIESGOS	VLR NETO APORTES COTIZACIÓN	DÍAS MORA	INT MORA COT OBL	SUBTOTAL APORTES COT	NÚM RAD AUTOLIQUIDACIÓN INICIAL	SALDO A FAVOR PERÍODO ANTERIOR	FONDO SOL RIESGOS PROFESIONALES	TOTAL PAGAR
POSITIVA	1	$8.400	0	$0	$0	$8.400	14	$200	$8.600	0	$0	$0	$8.600

TOTAL APORTES PARAFISCALES					
NOMBRE ENTIDAD	NÚM DE AFIL	VLR TOTAL APORTES	DÍAS MORA	INTERESES MORA	TOTAL A PAGAR
SIN CCF	1	$0	14	$0	$0
SENA	0	$0	14	$0	$0
ICBF	0	$0	14	$0	$0
ESAP	0	$0	14	$0	$0
MinEdu	0	$0	14	$0	$0

TOTAL A PAGAR		
CONCEPTO	TOTAL ENTIDADES	VALOR
SALUD	1	$202.600
PENSIONES	1	$259.400
RIESGOS PROFESIONALES	1	$8.600
CAJAS DE COMPENSACIÓN	0	$0
SENA	1	$0
ICBF	1	$0
ESAP	1	$0
MINISTERIO DE EDUCACIÓN	1	$0
GRAN TOTAL	1	$470.600

Powered by CamScanner