

 <p>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</p>	<p align="center">DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES)</p> <p align="center">REGIONAL BOYACÁ</p>		<p>Código Regional</p>	<p>15</p>
			<p>Código Centro</p>	<p>911010</p>
			<p>Fecha Elaboración</p>	<p>Noviembre de 2022</p>
			<p>Versión</p>	<p>MAYO 2022 - 2,22</p>
			<p>ID de Proceso</p>	<p>63126-171506</p>
<p align="center">CENTRO DE DESARROLLO AGROPECUARIO Y AGROINDUSTRIAL - BOYACA - SERVICIOS PRESTADO</p> <p>Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1</p> <p>Resolución DIAN N° 18764024257695 autoriza desde 360,001 hasta 750,000 (Enero 18 de 2022)</p>		<p>No. de documento</p>	<p>607827</p>	
<p align="center">DATOS DEL CONTRATISTA</p>				
<p>Nombres y apellidos contratista:</p>		<p>LINA FERNANDA RAMIREZ MESA</p>		<p>C.C.</p>
<p>Correo electrónico contratista:</p>		<p>linafdaramirez@misena.edu.co</p>		<p>IP/N° de contacto</p>
<p>Régimen del IVA:</p>		<p>☐ NO RESPONSABLE ☒ Pertenece al régimen simple de tributación?</p>		<p>☐ NO ☒ Es declarante de renta?</p>
<p>Sus ingresos en el 2021 fueron iguales o superiores</p>		<p>☐ NO ☒ Inducción SST</p>		<p>☐ SI ☒ Presta Servicios Excluidos de IVA ?</p>
<p>Banco al cual consignar:</p>		<p>BANCO BBVA</p>		<p>Tipo de cta</p>
		<p>AHORROS</p>		<p>N° Cuenta</p>
		<p>841257645</p>		
<p>Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato?</p>		<p>☐ NO ☒ Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2022 supera los \$ 125'413.200</p>		<p>☐ NO</p>
<p align="center">DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO</p>				
<p>N° del contrato:</p>		<p>3472823/2022</p>		<p>N° Compromiso SIIF</p>
		<p>19022</p>		
<p>Valor Total del Contrato</p>		<p>\$ 40.184.667</p>		<p>Periodo objeto de pago</p>
<p>Saldo Anterior del Contrato</p>		<p>\$ 5.849.667</p>		<p>Del</p>
<p>Nuevo Saldo del Contrato</p>		<p>\$ 2.034.667</p>		<p>Al</p>
		<p>Legalización comisiones del periodo</p>		<p>\$ 0,00</p>
<p>OBJETO CONTRACTUAL:</p>		<p>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.</p>		
<p align="center">RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO</p>				
<p>Ingresos por honorarios</p>		<p>\$ 3.815.000</p>		<p>Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°</p>
<p>Ingresos de otros meses cobrados en el mes</p>		<p>\$ 0</p>		<p>Retención en la Fuente del Periodo</p>
<p>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</p>		<p>\$ 3.815.000</p>		<p>Menos, Retefuente Otros Ingresos</p>
<p>BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE</p>		<p>\$ 2.248.875</p>		<p>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</p>
				<p>\$ 0</p>
				<p>\$ 0</p>
<p align="center">LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR</p>				
<p>N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS</p>		<p>Noviembre</p>		<p>Octubre</p>
<p>Ingreso Base de Cotización - IBC</p>		<p>\$ 1.526.000</p>		<p>\$ 1.526.000</p>
<p>Aporte obligatorio a seguridad social salud</p>		<p>\$ 190.800</p>		<p>\$ 190.800</p>
<p>Aporte obligatorio a seguridad social Pensión</p>		<p>\$ 244.200</p>		<p>\$ 244.200</p>
<p>Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional</p>		<p>\$ -</p>		<p>\$ 0</p>
<p>ARL</p>		<p>\$ 16.000</p>		<p>\$ 16.000</p>
<p>Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias</p>		<p>\$ -</p>		<p>-</p>
<p>Aportes voluntarios a cuentas AFC</p>		<p>\$ -</p>		<p>-</p>
<p>Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.522.064</p>		<p>\$ -</p>		<p>-</p>
<p>Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.800.400</p>		<p>\$ -</p>		<p>-</p>
<p>Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes</p>		<p>\$ -</p>		<p>-</p>
<p>Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes</p>		<p>\$ -</p>		<p>-</p>
<p>Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes</p>		<p>\$ -</p>		<p>-</p>
<p>Dependientes hasta \$ 1.216.128</p>		<p>\$ 381.500</p>		<p>-</p>
<p>Salud hasta \$ 608.064</p>		<p>\$ -</p>		<p>-</p>
<p>Renta Exenta 25% \$ 9.120.960</p>		<p>\$ 749.625</p>		<p>-</p>
<p>Retención en la Fuente Contingente</p>		<p>\$ -</p>		<p>-</p>
				<p>Valor Base retención en la fuente</p>
				<p>2.248.875,00</p>
				<p>Valor Base retención en la fuente ICA</p>
				<p>3.380.000,00</p>
				<p>Valor base IVA</p>
				<p>0,00</p>
				<p>IVA (Si es RESPONSABLE)</p>
				<p>0,00</p>
				<p>Menos Retención en la Fuente</p>
				<p>0,00</p>
				<p>Menos Retención IVA</p>
				<p>0,00</p>
				<p>Reteica - 334</p>
				<p>23.272,00</p>
				<p>Otras Retenciones</p>
				<p>0,00</p>
				<p>Otras Retenciones</p>
				<p>0,00</p>
				<p>Otras Retenciones</p>
				<p>0,00</p>
				<p>Otras Retenciones</p>
				<p>0,00</p>
				<p>Descuentos de Libranza</p>
				<p>0,00</p>
				<p>Descuentos de embargo (Si tiene)</p>
				<p>0,00</p>
				<p>VALOR A PAGAR</p>
				<p>\$ 3.791.728,00</p>
<p align="center">SON: TRES MILLONES SETECIENTOS NOVENTA Y UN MIL SETECIENTOS VEINTIOCHO PESOS M/CTE</p>				
<p align="center">ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO</p>				
<p>01 al 04 de noviembre formación ficha 2516588 Téc Conservación de R.N orientando la competencia Desarrollar estrategias para</p>				
<p>08 al 11 de noviembre formación complementaria ficha 2676632 programa Ejecución de operaciones para el manejo integral de residuos sól</p>				
<p>15 al 18 de noviembre formación ficha 2516588 Téc Conservación de R.N orientando la competencia Desarrollar estrategias para</p>				
<p>21 de noviembre reunión de instructores</p>				
<p>22 AL 25 de noviembre formación ficha 2508221 Tecnólogo en Gestión de R.N orientando la competencia Apoyar la formulación del plan de</p>				
<p>28 al 30 de noviembre formación ficha 2508221 Tecnólogo en Gestión de R.N orientando la competencia Apoyar la formulación del plan de</p>				
<p align="center">PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:</p>				
<p>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.</p>				
<p align="right">LINA FERNANDA RAMIREZ MESA EL CONTRATISTA</p>				
<p align="center">CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>				
<p>En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:</p>				
<p>1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;</p>				
<p>2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;</p>				
<p>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.</p>				
<p align="right">JENNY ALEXANDRA SOLER GRANADOS INSTRUCTOR G13</p>				
<p align="center">Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:</p>				
<p align="center">EL ORDENADOR DEL PAGO</p>				
<p align="center">ENITH YADIRA RAMIREZ CAMARGO SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)</p>				

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												
2022-10	2022-10	1738808964		9442207743		I	2022/11/22		2022/11/03		BANCO BBVA COLOMBIA S.A.			0		\$451,000												
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																												
EMPLEADO			NOVEDADES												PENSION		SALUD		CCF		RIESGOS		PARAFISCALES					
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Dias	Exonerado SENA e ICBF
1	CC 46373984	RAMIREZ MESA LINA FERNANDA																	230301	30	EPS037	30		0	14-23	30	0	No
Total Afiliados(1)																												

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
2022-10	2022-10	1738808964	9442207743	I	2022/11/22	2022/11/03	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	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	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	Días Mora	Valor
2022-10	2022-10	1738808964	9442207743	I	2022/11/22	2022/11/03	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

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Duitama, 16 de noviembre 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**

**REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO**

NUIP 1054290116

Indicativo
Serial 57456569

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐	Notaría ☒	Número 03	Consulado ☐	Corregimiento ☐	Inspección de Policía ☐	Código E 2 N
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	
Año 2 0 1 7	Mes D I C	Día 2 8	FEMENINO	O	POSITIVO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)					
COLOMBIA		BOYACA		SOGAMOSO	

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vi vo
14356247-2

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

RAMIREZ MESA LINA FERNANDA

Documento de identificación (Clase y número o)
C.C. 46.373.984

Nacionalidad
COLOMBIANA

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

MESA MONTAÑA DAVID ALONSO

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

Nacionalidad
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
*_	

Fecha de inscripción

Año 2 0 1 8 Mes E N E Día 0 3

Nombre y firma del funcionario que autoriza

MARLEN BELTRAN MEDINA (E)
Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -