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 SANTANDER
CENTRO AGROTURISTICO - SANTANDER - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION.
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	**68**
Código Centro	**954110**
Fecha Elaboración	**30 Noviembre de 2022**
Versión	**MAYO 2022 - 2,22**
ID de Proceso	**79728-925897**
No. de documento	**620978**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	SANDRA PATRICIA BAEZ PORRAS	**C.C.**	37.900.558	**IP/Nº de contacto**	3187119277
Correo electrónico contratista:	sbaezp@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 ?**		NO	
Banco al cual consignar:	BANCO BBVA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		336100888	
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:	3967684/2022			**Nº Compromiso SIIF**		**158422**	
Valor Total del Contrato	$ 10.967.500	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 4.817.500	**3**	**Del**	**01/11/2022**	**Al**	**30/11/2022**	**$ 3.075.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 1.742.500		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

Prestar los servicios personales de carácter temporal como instructor, para orientar la formacion profesional programada por el centro de formacion en la red de conocimiento servicios personales en el area tematica de belleza y cosmetica.

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.075.000		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	**$ 3.075.000**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.812.675**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR

	Noviembre	**Octubre**
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**8622201464**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.230.000	$ 1.230.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 153.800	$ 153.800
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 196.800	$ 196.800
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 12.900	$ 12.900
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	$ 307.500	
Salud hasta $ 608.064	$ -	
Renta Exenta 25% $ 9.120.960	$ 604.225	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	1.812.675,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	2.724.400,00	
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	0,00	0,600%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Sobretasa Bomberil	0,00	10,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$ 3.075.000,00**	

SON: TRES MILLONES SETENTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ficha 2504569: TC COSMETOLOGI Y ESTETICA INTEGRAL Act. aprendizaje: Identifica, reconoce y aplica técnicas, protocolos de hidroterapia a nivel corporal, empleando herramientas de relajación con previo seguimiento al usuario. fecha 9 al 23 noviembre total horas 60 hrs Act. aprendizaje: Prepara, aplica, realiza tratamientos pre y post operatorio según prescripción medica de acuerdo al procedimiento realizado teniendo en cuenta los principios ergonómicos fecha 24 al 29 noviembre total horas 24 hrs ficha 2557929 TC COSMETOLOGIA Y ESTETICA INTEGRAL Act. aprendizaje: Verificar la calidad del servicio prestado, precisar resultados del tratamiento con el usuario y aplicar formatos de satisfacción del usuario. fecha 2 al 9 noviembre total horas 24 hrs act, aprendizaje: Elaborar protocolo de tratamiento corporal de acuerdo a la valoración estética fecha 10 al 21 noviembre total horas 36 hrs.
TOTAL HORAS MES DE NOVIEMBRE 150 HORAS
NUMERO PLANILLA SEGURIDAD SOCIAL MES DE OCTUBRE: 8622201464

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.

SANDRA PATRICIA BAEZ PORRAS
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,

JOHON FREDY SANABRIA MUNOZ
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

OSCAR JULIAN GELVEZ LOZANO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL :	SANDRA PATRICIA BAEZ PORRAS
IDENTIFICACION:	CC-37900558
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2022-11-22
FECHA LIMITE DE PAGO:	2022-11-22
FECHA DE PAGO:	2022-11-22
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE OCCIDENTE
PERIODO PENSION:	2022-10
PERIODO SALUD:	2022-10
NUMERO PLANILLA:	8622201464
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8647038273
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	$ 1.320.000	$ 0	$ 0	$ 1.000	$ 165.000	$ 166.000
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 1.320.000	$ 0	$ 0	$ 1.300	$ 211.200	$ 212.500
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 1.320.000	$ 0	$ 0	$ 100	$ 13.800	$ 13.900
CCF39	890200106	CAJASAN	1	$ 1.320.000	$ 0	$ 0	$ 200	$ 26.400	$ 26.600
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 2.600	$ 416.400	$ 419.000

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	15/12/2022

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

San Gil, 31 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:

NUIP - NIP	**1101262864**	**MYA ISABELLA MELENDEZ BAEZ**	**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 misingresos 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,

SANDRA PATRICIA BAEZ PORRAS

FIRMA
Nombre: Sandra Patricia Báez Porras
C.C. 37900558 de San Gil

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP: 1101262864

Indicativo Serial: 57542303

57542303

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [01] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** R 5 H

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

COLOMBIA* SANTANDER* SAN GIL (**NOTARIA PRIMERA**) * * * * * * * * *

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MELENDEZ * * * * * * * * * * * * * *	BAEZ * * * * * * * * * * * *

Nombre(s): * * * * * * * * * * * * * * * * * MYA ISABELLA * * * * * * * * * * * * *

Fecha de nacimiento			Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2018	Mes SEP	Día 11	FEMENINO * * * *	* * O *	POSITIVO

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

COLOMBIA * SANTANDER * FLORIDABLANCA * * * * * * * * * * * * * * * * *

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO * * * * * * * * * * * * * * * * * *	14829640-7 * * *

Datos de madre o padre

Apellidos y nombres completos: MELÉNDEZ CORTES HELMER * * * * * * * * * * * * * * * * * *

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 86.063.025 * * * * * * * * * * * * * * * * *	* COLOMBIANA * *

Datos de padre o madre

Apellidos y nombres completos: BÁEZ PORRAS SANDRA PATRICIA *

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 37.900.558 *	COLOMBIANA *

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: MELÉNDEZ CORTES HELMER * * * * * * * * * * * * * * * * * *

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. No. 86.063.025 * * * * * * *	[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	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2020 Mes SEP Día 08	ÁNGELA YOLIMA SÁNCHEZ ACUÑA. (Nombre y firma)

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
[firma] Firma	ANGELA YOLIMA SÁNCHEZ ACUÑA. (Nombre y firma)

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -