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 DISTRITO CAPITAL
CENTRO PARA LA INDUSTRIA DE LA COMUNICACIÓN GRAFICA-BTA D C - SERVICIOS PRESTADOS A
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	**11**
Código Centro	**921710**
Fecha Elaboración	**Diciembre de 2022**
Versión	**MAYO 2022 - 2,22**
ID de Proceso	**40063-078358**
No. de documento	**652279**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	ANA MARIA SASTRE CARDENAS	**C.C.**	52.818.652	**IP/Nº de contacto**	1502
Correo electrónico contratista:	asastrec@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:	DAVIVIENDA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		007700660629	
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:	3352832/2022			**Nº Compromiso SIIF**		**8922**	
Valor Total del Contrato	$ 41.600.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 2.080.000	**12**	**Del**	**01/12/2022**	**Al**	**16/12/2022**	**$ 2.080.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 0		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

Prestación de servicios personales de carácter temporal para impartir formación profesional integral titulada y/o complementaria y/o seguimiento a etapa productiva según programación establecida, en los diferentes niveles de acuerdo a las competencias requeridas en cada uno de los programas de formación presenciales y virtuales que sean asignados por el Centro para la Industria de la

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.080.000	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	**$ 2.080.000**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.190.250**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**		**$ 0**

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

	Diciembre	**Noviembre**
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**7859880640**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.000.000	$ 1.560.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 125.000	$ 195.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 160.000	$ 249.600
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL III	$ 24.400	$ 38.100
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	$ 208.000	
Salud hasta $ 608.064	$ -	
Renta Exenta 25% $ 9.120.960	$ 396.750	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	1.190.250,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	1.795.000,00	
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	17.340,00	0,966%
-	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	**$ 2.062.660,00**	

SON: DOS MILLONES SESENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS SESENTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Durante el periodo se realizó acompañamiento y orientación Fichas 2617724 y 2617723 DESARROLLO DE MEDIOS GRAFICOS VISUALES y 2617728 Serigrafia
Evaluación de juicios evaluativos del periodo de inducción de las fichas en mención
Utilización del equipo asignado por el centro para el manejo de las clases virtuales. Uso de los equipos de los ambiente 106, 107 y 105 para el manejo de las clases presenciales
Evaluación de juicios de las Fichas 2247684 y 2249984 DESARROLLO DE MEDIOS GRAFICOS VISUALES en el aplicativo Sofia Plus
Apoyo en las actividades plateadas en RED DE MEDIOS.
Desarrollo de guías y planeación de clases para los planes de contingencia para la formación técnica.
Subir informes para pago mes de noviembre a SECOP

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 MARIA SASTRE CARDENAS
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,

DIANA YADIRA CASTRO RUSSI
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

DORIS CRISTINA GUEVARA ARMENTA
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52818652
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ANA MARIA SASTRE CARDENAS ..
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CR 33 # 23 - 71 BLO B 1 APTO	TELÉFONO:	6968767
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7859880640**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	noviembre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	noviembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2022	SALUD:	AÑO:	2022
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2022/12/12	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1806477118

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800227940	231001	231001-COLFONDOS	1	$ 249.600
SUBTOTAL:			1	**$ 249.600**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 195.000
SUBTOTAL:			1	**$ 195.000**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 38.100
SUBTOTAL:			1	**$ 38.100**

TOTAL PAGADO:	**$ 482.700**

	Versión: 04
	Código: GTH- F- 074

Proceso Gestión del Talento Humano

Formato entrega de bienes e información de ejecución contractual por el contratista

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA:	Ana María Sutre Cárdenas					IDENTIFICACIÓN
CIUDAD	Bogotá D.C.	FECHA	16 de Dic 2022	REGIONAL	Distrito Capital	52818612.
DIRECCIÓN U OFICINA DONDE SE EJECUTÓ EL CONTRATO:	Centro para la Industria de la Comunicación Gráfica					
NÚMERO Y FECHA DE CONTRATO:						

CAUSAL DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO

TERMINACIÓN POR PLAZO	X	CESIÓN		LIQUIDACIÓN ANTICIPADA POR MUTUO ACUERDO		TERMINACIÓN UNILATERAL	

DEPENDENCIA SENA	Marcar con x	RESPONSABLES	
		NOMBRES Y APELLIDOS	FIRMA
GESTIÓN DE TIC		JOHN EDUARD HURTADO	
ADMINISTRACIÓN DE DOCUMENTOS		ANA MARIA MORALES	14-12-2022
ENTREGA CARNÉ (A Supervisor del Contrato en las Regionales y Centros de Formación) SECRETARÍA GENERAL			
ALMACÉN E INVENTARIOS		GINA PAOLA HERRERA (Generar reporte de https://miinventario.sena.edu.co/inicio.aspx y anexar al formato, garantizando que no tiene elementos a su cargo.)	14/12/2022
SERVICIOS GENERALES, ADQUISICIONES (Administración de edificio, Contratación)		LUIS ALEJANDRO URREGO	
CONTABILIDAD		ZAMIR MOLANO	
TESORERIA		MIGUEL ANGEL LOPEZ	
COORDINACIÓN DE: ÁREA/GRUPO/ ACADEMICA		Diana Yadira Castro Russi / Eddy Camacho (Solo aplica para Instructores)	
BIBLIOTECA		YURY CHACON	
CONTRATACIÓN		LUISA FERNANDA SANDOVAL PARDO	Fernanda Sandoval
OTRO		N/A	
SUPERVISOR DE CONTRATO			

ELEMENTOS FALTANTES U OBLIGACIONES PENDIENTES (Relacionar con su respectivo valor)

OTROS :

Firma del Contratista

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Bogotá, 16 de diciembre 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 empleado contribuyente y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el parágrafo cuarto del artículo segundo del Decreto 0099 de 2013, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

T.I.	1014865939	**Luciana Calvache Sastre**	**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: Ana María Sastre Cárdenas

C.C. 52818652

NO IMPRIMA ESTA HOJA ES SOLAMENTE DE CARÁCTER INFORMATIVO

REQUISITOS PARA DEDUCCIONES POR DEPENDIENTES

En el siguiente cuadro se relacionan los requisitos y documentos que se deben adjuntar para poder acceder al beneficio de disminución de retención en la fuente, por dependientes:

DEDUCCION	CONCEPTO	REQUISITOS
DEPENDIENTES	Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad.	Registro civil de nacimiento
	Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES ' o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.	Recibo de pago de matrícula de instituciones debidamente acreditadas
	Los hijos del contribuyente mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Medicina Legal
	El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal

	Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP **1014865939**

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial **41698419**

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [52] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código **A 3 H**

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

********** COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. **********

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
CALVACHE **********	SASTRE **********

Nombre(s)

LUCIANA **********

Fecha de nacimiento										Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año	2	0	0	8	Mes	S	E	P	Día 2 9	FEMENINO	O	POSITIVO

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

********** COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. **********

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO **********	51360486 - 3 **********

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

SASTRE CARDENAS ANA MARIA **********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.No. 52.818.652 **********	COLOMBIANA **********

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

CALVACHE GORDILLO WILLIAM FERNANDO **********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.No. 11.257.965 **********	COLOMBIANA **********

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

CALVACHE GORDILLO WILLIAM FERNANDO **********

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C.No. 11.257.965 **********	

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 2 0 0 8 Mes S E P Día 3 0	GABRIEL URIBE ROLDAN
	Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

— ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO —

NOTARIA 6 BOGOTA D.C. GABRIEL URIBE ROLDAN

FECHA C.C. NIT. 899.321.151-8



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.014.865.939

CALVACHE SASTRE
APELLIDOS

LUCIANA
NOMBRES

Luciana Calvache
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 29-SEP-2008
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

29-SEP-2026
FECHA DE VENCIMIENTO

O+
G S RH

F
SEXO

22-MAR-2016 FUSAGASUGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

P-1509400-00811098-F-1014865939-20160407 0049226727A 1 1763847553