

|                                                                                                                                 |                                                                                                                                             |  |                   |                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------|-------------------|
|  <p><b>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</b></p> | DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES) |  | Código Regional   | 25                |
|                                                                                                                                 | REGIONAL CUNDINAMARCA                                                                                                                       |  | Código Centro     | 923210            |
|                                                                                                                                 | CENTRO INDUSTRIAL Y DESARROLLO EMPRESARIAL DE SOACHA-CUNDINAMARCA - SERVICIOS PR                                                            |  | Fecha Elaboración | Diciembre de 2022 |
|                                                                                                                                 | Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1                                                           |  | Versión           | MAYO 2022 - 2,22  |
|                                                                                                                                 | Resolución DIAN N° 18764024257695 autoriza desde 360,001 hasta 750,000 (Enero 18 de 2022)                                                   |  | ID de Proceso     | 90358-180975      |
|                                                                                                                                 |                                                                                                                                             |  | No. de documento  | 641194            |

  

| DATOS DEL CONTRATISTA                                                                                                |                                         |                                                                                        |                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| Nombres y apellidos contratista:                                                                                     | MARIBEL PERAZA RODRIGUEZ                | C.C.                                                                                   | 39.669.143                  |
| Correo electrónico contratista:                                                                                      | mperaza3@misena.edu.co                  | IP/N° de contacto                                                                      | 3153020907                  |
| Régimen del IVA:                                                                                                     | <input type="checkbox"/> NO RESPONSABLE | Pertenece al régimen simple de tributación?                                            | <input type="checkbox"/> NO |
|                                                                                                                      |                                         | Es declarante de renta?                                                                | <input type="checkbox"/> NO |
|                                                                                                                      |                                         | Es Pensionado?                                                                         | <input type="checkbox"/> NO |
| Sus ingresos en el 2021 fueron iguales o superiores                                                                  | <input type="checkbox"/> NO             | Inducción SST                                                                          | <input type="checkbox"/> SI |
|                                                                                                                      |                                         | Presta Servicios Excluidos de IVA ?                                                    | <input type="checkbox"/> SI |
| Banco al cual consignar:                                                                                             | BANCOLOMBIA                             | Tipo de cta                                                                            | AHORROS                     |
|                                                                                                                      |                                         | N° Cuenta                                                                              | 20567071264                 |
| Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato? | <input type="checkbox"/> NO             | Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2022 supera los \$ 125'413.200 | <input type="checkbox"/> NO |

  

| DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO                |                                                                                                                                                                                                                                                           |                                     |                              |
|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|
| N° del contrato:                                           | 3311553/2022                                                                                                                                                                                                                                              | N° Compromiso SIIF                  | 25022                        |
| Valor Total del Contrato                                   | \$ 42.107.000                                                                                                                                                                                                                                             | N° Pago                             | 11                           |
| Saldo Anterior del Contrato                                | \$ 2.132.000                                                                                                                                                                                                                                              | Periodo objeto de pago              | Del 01/12/2022 Al 16/12/2022 |
| Nuevo Saldo del Contrato                                   | \$ 0                                                                                                                                                                                                                                                      | Legalización comisiones del periodo | \$ 0,00                      |
| OBJETO CONTRACTUAL:<br>(Descripción del servicio prestado) | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES CON PLENA AUTONOMÍA TÉCNICA Y ADMINISTRATIVA COMO INSTRUCTOR PARA ATENDER LAS NECESIDADES DEL ÁREA DE FORMACIÓN DEL PROGRAMA DE FORMACIÓN TITULADO BAJO LA LÍNEA DE RECURSOS HUMANOS DEL CENTRO INDUSTRIAL Y DE DES |                                     |                              |

  

| RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO |                     |                                           |             |
|------------------------------------------------------|---------------------|-------------------------------------------|-------------|
| Ingresos por honorarios                              | \$ 2.132.000        | Tarifa de Retención en la Fuente ART 383° | 0,00%       |
| Ingresos de otros meses cobrados en el mes           | \$ 3.997.500        | Retención en la Fuente del Periodo        | \$ 0        |
| <b>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</b>                    | <b>\$ 6.129.500</b> | Menos, Retefuente Otros Ingresos          | \$ 0        |
| <b>BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE</b>              | <b>\$ 3.581.663</b> | <b>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</b>     | <b>\$ 0</b> |

  

| LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR |              |              |                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|----------------------------------------------------|
| N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS                           | Diciembre    | Noviembre    |                                                    |
| Ingreso Base de Cotización - IBC                                      | \$ 1.000.000 | \$ 1.599.000 | Valor Base retención en la fuente 3.581.663,00     |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud                           | \$ 125.000   | \$ 199.900   | Valor Base retención en la fuente ICA 1.847.000,00 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión                         | \$ 160.000   | \$ 255.900   | Valor base IVA 0,00                                |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional                   | \$ -         | \$ 0         | IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00                       |
| ARL                                                                   | \$ 5.300     | \$ 8.400     | Menos Retención en la Fuente 0,00                  |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias                 | \$ -         |              | Menos Retención IVA 0,00                           |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC                                     | \$ -         |              | Reteica - 8299 11.082,00                           |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.522.064       | \$ -         |              | 0,00%                                              |
| Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.800.400                           | \$ -         |              | 0,00%                                              |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes         | \$ 256.000   |              | 0,00%                                              |
| Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes           | \$ 200.000   |              | 0,00%                                              |
| Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes           | \$ 8.400     |              | 0,00%                                              |
| Dependientes hasta \$ 1.216.128                                       | \$ 612.950   |              | 0,00%                                              |
| Salud hasta \$ 608.064                                                | \$ -         |              | 0,00%                                              |
| Renta Exenta 25% \$ 9.120.960                                         | \$ 1.193.888 |              | 0,00%                                              |
| Retención en la Fuente Contingente \$ -                               |              |              | 0,00%                                              |
|                                                                       |              |              | <b>VALOR A PAGAR \$ 2.120.918,00</b>               |

  

| SON: DOS MILLONES CIENTO VEINTE MIL NOVECIENTOS DIECIOCHO PESOS M/CTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |
| Garantizar la formación profesional integral FICHA 2560677 Vincular a los trabajadores, 10 Horas - CIDE 306<br>Garantizar la formación profesional integral FICHA 2469763 Evaluación del desempeño, 35 Horas - CIDE 201<br>Garantizar la formación profesional integral FICHA 2503350 Selección de Candidatos, 10 Horas - UNIMINUTO 204B<br>Garantizar la formación profesional integral FICHA 2469762 Vincular a los trabajadores, 10 Horas - Uniminuto C-208<br>Garantizar la formación profesional integral FICHA 2503349 Selección de Candidatos, 10 Horas - Uniminuto C-207<br><br>TOTAL HORAS: 75 |  |

  

| <b>PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:</b><br>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. | <b>MARIBEL PERAZA RODRIGUEZ</b><br><b>EL CONTRATISTA</b>                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                         |
| En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:<br>1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;<br>2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;<br>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.<br>El Supervisor,<br><br><b>CESAR CANTOR CUERVO</b><br><b>INSTRUCTOR G15</b> |
| Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:<br><b>EL ORDENADOR DEL PAGO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                         |

  

**FREDY VELEZ NINO**  
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)**



# PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION  
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2022-12-12, 10:00:07 PM

Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 1050967826

Periodo Cotización: noviembre de 2022 Periodo Servicio: noviembre de 2022

## PAGADO 12/12/2022 EN HORARIO EXTENDIDO

### I. DATOS DEL APORTANTE

|                     |                          |  |  |                    |                       |
|---------------------|--------------------------|--|--|--------------------|-----------------------|
| Razón Social        | MARIBEL PERAZA RODRIGUEZ |  |  | Dirección          | CALLE 44 No.1-03 este |
| Documento           | CC39669143               |  |  | Teléfono           | 8822371               |
| Tipo de Empresa     | INDEPENDIENTE            |  |  | Forma Presentación | ÚNICO                 |
| Tipo Persona        | NATURAL                  |  |  | Departamento       | BOGOTA D.C.           |
| Ciudad              | BOGOTA D.C.              |  |  | Identificación     |                       |
| Representante Legal |                          |  |  | ARP                | POSITIVA DE SEGUROS   |
| Total Afiliados     | 1                        |  |  |                    |                       |

### II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado |                          |                |                   | Novedades |     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | Pensiones |         |         | Salud   |         |                      | Riesgos      |                |                          | Cajas        |              |        | Parafiscales |                |                      |          | Total       |             |             |      |                   |            |
|--------------------|--------------------------|----------------|-------------------|-----------|-----|-------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----------|---------|---------|---------|---------|----------------------|--------------|----------------|--------------------------|--------------|--------------|--------|--------------|----------------|----------------------|----------|-------------|-------------|-------------|------|-------------------|------------|
| Identificación     | Apellidos y Nombres      | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING       | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | USP | COR | VST | SIN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP       | Dis AFP | Dis EPS | Dis ARP | Dis CCE | Administradora       | IBC Pensión  | Aporte Pensión | Administradora           | IBC Salud    | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos  | Aporte Riesgos | Administradora       | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total      |
| CC 39669143        | MARIBEL PERAZA RODRIGUEZ | 57             | 00                |           |     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | 0         | 30      | 30      | 30      | 0       | (25-14) COLPENSIONES | \$ 1.600.000 | \$ 256.000     | (EPS002) SALUD TOTAL EPS | \$ 1.600.000 | \$ 200.000   | 0,522  | \$ 1.600.000 | \$ 8.400       | (NIN-CC) NINGUNA CCF | \$ 0     | \$ 0        | \$ 0        | \$ 0        | \$ 0 | \$ 0              | \$ 464.400 |

### III.TOTALES

| IBC Pensión  | IBC Salud    | IBC Riesgos  | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|--------------|--------------|--------------|-----------|-----------------|---------------|-----------------|---------------|--------------|--------------|--------------|-----------------------|------------------------------------------------|-------------------|--------------------------------|-------------------------|-------------|
| \$ 1.600.000 | \$ 1.600.000 | \$ 1.600.000 | \$ 0      | \$ 256.000      | \$ 200.000    | \$ 8.400        | \$ 0          | \$ 0         | \$ 0         | \$ 0         | \$ 0                  | \$ 0                                           | \$ 0              | \$ 464.400                     | \$ 0                    | \$ 464.400  |

## **CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS**

Bogotá, 01 de Diciembre de 2022

Señores

### **SERVICIO NACIONAL DE APREDIAJE (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:

|             |                   |                                 |             |
|-------------|-------------------|---------------------------------|-------------|
| <b>T.I.</b> | <b>1141914456</b> | <b>María Paula Ortiz Peraza</b> | <b>Hija</b> |
|-------------|-------------------|---------------------------------|-------------|

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: Maribel Peraza Rodríguez

C.C. 39.669.143 de Soacha

**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:

| <b>DEDUCCION</b> | <b>CONCEPTO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>REQUISITOS</b>                                                    |
|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| 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<br><br>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<br><br>Certificado de Medicina Legal |



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

\*  
9  
0  
5  
6  
2  
J  
0  
4  
\*

NUIP 1141914456

**REGISTRO CIVIL  
DE NACIMIENTO**

Indicativo Serial 4 0126609

**Datos de la oficina de registro - Clase de oficina**

Registraduría ☐ Notaria ☒ Número 71 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código D U C

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C.

**Datos del inscrito**

Primer Apellido ORTIZ Segundo Apellido PERAZA

MARIA PAULA

Fecha de nacimiento Año 2 0 0 9 Mes J U N Día 2 1 Sexo (en letras) FEMENINO Grupo Sanguíneo O Factor RH POSITIVO

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

COLOMBIA-CUNDINAMARCA-BOGOTA

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos CERTIFICADO DE NACIDO VIVO Número certificado de nacido vivo 51932759-7

**Datos de la madre**

Apellidos y nombres completos PERAZA RODRIGUEZ MARIBEL

Documento de identificación (Clase y número) C.C. 39669143 DE SOACHA Nacionalidad COLOMBIANA

**Datos del padre**

Apellidos y nombres completos ORTIZ TORRES FIDENCIO EMILIO

Documento de identificación (Clase y número) C.C. 79517320 DE BOGOTA Nacionalidad COLOMBIANA

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos ORTIZ TORRES FIDENCIO EMILIO

Documento de identificación (Clase y número) C.C. 79517320 DE BOGOTA

**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 0 9 Mes J U L Día 1 5 Nombre y firma del funcionario PIEDAD MARTINEZ MARTINEZ

Reconocimiento paterno Nombre y firma del funcionario PIEDAD MARTINEZ MARTINEZ

Libro de Varios 03 Folio 045 ESPACIO PARA NOTAS

ES FIEL COPIA TOMADA DE SU ORIGINAL, QUE SE EXPIDE PARA ACREDITAR PARENTESCO (ART. 115 DECRETO 1260 DE 1970)  
LAS COPIAS DEL REGISTRO CIVIL NO TIENEN VENCIMIENTO (ART. 20 DECRETO 2189 DE 1983)  
BOGOTA D.C. 15 DE JULIO DE 2009

LA NOTARIA SETENTA Y UNO (71) EN FUNCIONES

— ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO —