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 TOLIMA
CENTRO DE INDUSTRIA Y CONSTRUCCION TOLIMA
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	73
Código Centro	922610
Fecha Elaboración	Diciembre de 2022
Versión	MAYO 2022 - 2,22
ID de Proceso	49047-327985
No. de documento	637128

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	SHIRLY PAOLA MORALES RUIZ	**C.C.**	65.777.898	**IP/Nº de contacto**	0
Correo electrónico contratista:	smoralesr@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:	BANCOLOMBIA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		61900000145	
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:	3467451/2022		**Nº Compromiso SIIF**	**18722**	
Valor Total del Contrato	$ 41.210.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**		**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 2.210.000	**11**	**Del** 01/12/2022 **Al**	17/12/2022	**$ 2.210.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 0		Legalización comisiones del periodo	$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR CO1.PCCNTR.3467451 IMPARTIR FORMACION FIC

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.210.000	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	$ 3.900.000			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 6.110.000**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 3.577.050**	**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	----------	**8622551364**
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 V	$ -	$ 0
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	$ 249.600	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 195.000	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Dependientes hasta $ 1.216.128	$ 611.000	
Salud hasta $ 608.064	$ -	
Renta Exenta 25% $ 9.120.960	$ 1.192.350	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	3.577.050,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	1.925.000,00	
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 - 8541	6.630,00	0,300%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Bomberos	398,00	6,000%
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	**$ 2.202.972,00**	

SON: DOS MILLONES DOSCIENTOS DOS MIL NOVECIENTOS SETENTA Y DOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

1. Numero de ficha titulada 22618385 tecnologo en dibujo y modelado arquitectonico y d eingenieria MATRICULADOS 22
2. CIUDAD DE FORMACION: IBAGUE NAVE 6
3. HORARIO DE FORMACION: LUNES A VIERNES DE 6:00 AM A 12:00 PM Y SABADO DE 6 AM A 1 PM 4. 4. COMPETENCIA TECNICA DESARROLLADA MEDIR CO
5. RESULTADOS DE APRENDIZAJES DESARROLLADOS NE EL PERIODO:ALISTAR RECURSOS PARA LA REALIZACIÓN DE MEDICIONES SEGÚN PARÁMETROS DE PRECI
6. Técnicas o estrategias pedagógicas: estudio de caso, exposiciones, practicas
7. Duración estimada parael logro de la competencia:230 horas desarrolladas230
8. ESTADO DE LAS TRANSVERSALES: En ejecucion ingles 1 nivel. ETICA Y SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

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.

SHIRLY PAOLA MORALES RUIZ
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,

ALVARO ELIU MELO HERNANDEZ
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

PLANILLA NRO. 8622551364 Tipo I 2022 11

ASOPAGOS

DATOS GENERALES

TIPO	NÚMERO	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	TIPO PRESENTACIÓN	SUCURSAL / DEPENDENCIA	CÓDIGO	PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	NÚMERO PLANILLA	REFERENCIA DE PAGO (PIN)	TIPO EMPRESA	CLASE APORTANTE	CÓDIGO ARL	CÓDIGO OPERA
CC	65777898	SHIRLY PAOLA INDIRA MORALES RUIZ	SUCURSAL	dos	02	2022-11	2022-11	8622551364	8693532564	PRIVADA	I	14-23	86

DIRECCIÓN	CIUDAD / MUNICIPIO	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CÓDIGO	TELÉFONO	FAX	CORREO ELECTRÓNICO	ACTIVIDAD ECONÓMICA	VALOR NÓMINA	TOTAL EMPLEADOS	FECHA DE PAGO	FECHA LIMITE PAGO
CALLE 69 N 11A 173	IBAGUE	1	TOLIMA	73	3115065459	2634845	PAOM_ARQUI1@HOTMAIL.COM	8560	0	1	2022-12-13	2022-12-2

TOTAL APORTES A SALUD POR ADMINISTRADORA

CÓD / NOMBRE EPS	NIT EPS	COT OBLIGATORIA	UPC ADICIONAL	# AUT INC	VALOR INC	# AUT LIC	VALOR LIC	NETO COT	DÍAS MORA	INTERESES	INTERESES UPC	SUBTOTAL COT	SUBTOTAL UPC	NÚM RAD ANTERIOR	SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR UPC	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIAD
230301	800130907	200000	0	0	0	0	0	200000	0	0	0	200000	0	0	0	0	200000	1

TOTAL APORTES A PENSIÓN POR ADMINISTRADORA

CÓD / NOMBRE AFP	NIT AFP	COT OBLIGATORIA	COT VOL AF	COT VOL AP	FONDO SOL	DÍAS MORA	INTERESES	INTERESES FONDO SOL	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS
230301	800224808	256000	0	0	0	0	0	0	256000	1

TOTAL APORTES A RIESGOS LABORALES

CÓD / NOMBRE ARL	NIT ARL	COT OBLIGATORIA	# AUT INC	VALOR INC	OTROS RIESGOS	NETO COT	DÍAS MORA	INTERESES	SUBTOTAL APORTES	NÚM RAD ANTERIOR	SALDO FAVOR	FONDO SOL	TOTAL PAGAR
SINARL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

TOTAL APORTES A ESAP

VALOR	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL A PAGAR
0	0	0	0

TOTAL APORTES A MINISTERIO

VALOR	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL A PAGAR
0	0	0	0

TOTAL APORTES A CAJAS POR ADMINISTRADORA

CÓD / NOMBRE CCF	NIT CCF	VALOR APORTE	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS
SINCCF	0	0	0	0	0	1

TOTAL APORTES A ICBF Y SENA

ICBF

VALOR	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS
0	0	0	0	0

SENA

VALOR	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS
0	0	0	0	0

NÚMERO ADMINISTRADORAS	
PENSIONES	1
SALUD	1
RIESGOS LABORALES	0
CAJAS COMPENSACIÓN	0

TOTAL A PAGAR POR ADMINISTRADORA	
PENSIONES	256000
SALUD	200000
RIESGOS LABORALES	0
CAJAS COMPENSACIÓN	0
SENA	0
ICBF	0
ESAP	0
MINISTERIO	0
GRAN TOTAL	456000

ach SOI Pagos de Seguridad Social

PLANI

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGO
DIRECCIÓN:	CALLE 57 8-69	TELÉFONO:	
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	A-MA
TIPO EMPRESA:	PUBLICA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladora
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	

APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																				
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZA
587	CC 63543920	VILLAMIZAR BURGOS ERIKA JOHANNA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.559.200				NO																			$ 0	
588	CC 65631622	CASTELLANOS FRANCO SANDRA LILIANA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.560.000				NO																			$ 0	
589	CC 6567375	CARDOZO ENRIQUEZ WANDERLEY	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.000.000				NO																			$ 0	
590	CC 65713278	SANTA RINCON NELCY	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.000.000				NO																			$ 0	
591	CC 65719778	MORALES CARRILLO DINA	INDEPENDIENTE CONTRATO		$ 1.516.100				NO																			$ 0	

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Ibagué, 12 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 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.	**1201464748**	**GABRIELA LAVERDE MORALES**	**HIJO**

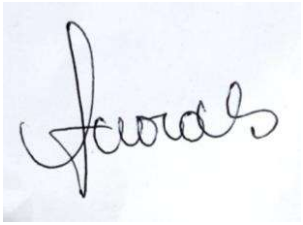
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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: SHIRLY PAOLA MORALES RUIZ

C.C. 65777898

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

NUIP 1201464748

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 50455388

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [ ] Notaria [X] Número 08 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código E M H

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

COLOMBIA - TOLIMA - IBAGUE

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
LAVERDE	MORALES

Nombre(s)

GABRIELA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2011 Mes JUN Día 15	FEMENINO	O	POS

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

COLOMBIA - TOLIMA - IBAGUE

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO NACIDO VIVO	10565250-2

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: MORALES RUIZ SHIRLY PAOLA INDIRA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 65777898 DE IBAGUE	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: LAVERDE CASTAÑO EFRAIN ENRIQUE

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 93399159 DE IBAGUE	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: LAVERDE CASTAÑO EFRAIN ENRIQUE

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 93399159 DE IBAGUE	

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 2011 Mes JUN Día 17	ESPERANZA RODRIGUEZ ACOSTA Nombre y firma NOTARIA 8a IBAGUE

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	ESPERANZA RODRIGUEZ ACOSTA Nombre y firma NOTARIA 8a IBAGUE

ESPACIO PARA NOTAS

RECONOCIMIENTO PATERNO EN EL LIBRO DE VARIOS FOLIO 38 TOMO 6

EL NOTARIO 8º DE IBAGUE

EXPIDE LA PRESENTE FOTOCOPIA TOMADA DE SU ORIGINAL QUE REPOSA EN ESTA NOTARIA.

SE EXPIDE VALIDA PARA: Paraportesco

Este Registro Tiene Validez para

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.201.464.748**

LAVERDE MORALES

APELLIDOS

GABRIELA

NOMBRES

Gabriela Laverde

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **15-JUN-2011**

IBAGUE
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

15-JUN-2029 FECHA DE VENCIMIENTO

O+ G S RH

F SEXO

13-JUL-2018 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-2900100-01028784-F-1201464748-20180801 **0062**130085A 1 6375045844

REPÚBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACIÓN PERSONAL

TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.201.464.748**

LAVERDE MORALES

APELLIDOS

GABRIELA

NOMBRES



Gabriela Laverde

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **15-JUN-2011**

IBAGUE
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

15-JUN-2029
FECHA DE VENCIMIENTO

O+
G S RH

F
SEXO

13-JUL-2018 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-2900100-01028784-F-1201464748-20180801 **0062**130085A 1 6375045844