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 AGROPECUARIO LA GRANJA-TOLIMA - 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	**73**
Código Centro	**912310**
Fecha Elaboración	**Diciembre de 2022**
Versión	**MAYO 2022 - 2,22**
ID de Proceso	**92207-809396**
No. de documento	**652988**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	MYRIAM LAMPREA OCAMPO	**C.C.**	65.715.058	**IP/Nº de contacto**	84748
Correo electrónico contratista:	mlampreao@sena.edu.co				

Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Pertenece al régimen simple de tributación?**	NO	**Es declarante de renta?**	NO	**Es Pensionado?**	NO
Sus ingresos en el 2021 fueron iguales o superiores	SI	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**		SI	
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		44614241702	
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:	3381246/2022			**Nº Compromiso SIIF**		**22722**	
Valor Total del Contrato	$ 38.956.667	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 2.010.667	**11**	**Del**	**01/12/2022**	**Al**	**16/12/2022**	**$ 2.010.667,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 0		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

Prestación servicios personales de carácter temporal como Instructor para planear, ejecutar y orientar la Formación Profesional Integral en las redes y áreas temáticas de formación, que programe el Centro Agropecuario La Granja en sus diferentes niveles en modalidad presencial, virtual y a distancia complementaria, atendiendo las políticas institucionales y la normatividad vigente.

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.010.667		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	$ 3.770.000			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 5.780.667**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 3.365.850**		**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	----------	**9443637244**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.000.000	$ 1.508.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 125.000	$ 188.500
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 160.000	$ 241.300
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 5.300	$ 7.900
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	$ 241.300	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 188.500	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 7.900	
Dependientes hasta $ 1.216.128	$ 578.067	
Salud hasta $ 608.064	$ -	
Renta Exenta 25% $ 9.120.960	$ 1.121.950	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	3.365.850,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	1.725.667,00	
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 - 8551	10.053,00	0,500%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Pro-Universidad	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	**$ 2.000.614,00**	

SON: DOS MILLONES SEISCIENTOS CATORCE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Para el mes de Diciembre de 2022impartí formación virtual complementaria a través de la plataforma Territoriumen los cursos asignados ID:2677946,2677947 Administración de Recursos Humanos,2677687 Desarrollo de capacidades que permitan enfrentar desafíos en entornos cambiantes,2677805 Inmersión a la Fotografía digital. Formación Presencial Código de ficha:2691121 Programa:Comportamiento Emprendedor Código de ficha: 2691388 Programa: Atención y Servicio al Cliente.
Se retroalimentaron las publicaciones de los aprendices en foros Sociales, de dudas y temáticos Se evaluaron pruebas, actividades interactivas y retroalimentaron las actividades enviadas por los aprendices. Se publicaron anuncios y se enviaron mensajes informativos del curso durante las semanas de formación.
Realicé la evaluación y cierre de las fichas terminadas y las evidencias al supervisor del contrato a las fichas: 2677946 2677947, 2677687, 2677805, y Fichas 2691388 - 2691388

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.

MYRIAM LAMPREA OCAMPO
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,

ANDRES JOSUE PIÑEROS HERNANDEZ
COORDINADOR ACADÉMICO

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 ROLANDO CASTRO GUERRA
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

19122022JM07

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 65715058		LAMPREA OCAMPO MYRIAM	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cl 4 7-29 brr san antonio	LIBANO-TOLIMA	2565032	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-11	2022-11	9443637244	9443637244	I	2022/12/15	2022/12/19	BANCO BOGOTA	4	$447,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,508,000	$241,300			$1,508,000	$188,500			$0	$0			$1,508,000	$15,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,508,000	$241,300			$1,508,000	$188,500			$0	$0			$1,508,000	$15,800		$0	$0
Ciudad: LIBANO Depto: TOLIMA (1 Afiliados)					$1,508,000	$241,300			$1,508,000	$188,500			$0	$0			$1,508,000	$15,800		$0	$0
1	CC 65715058	LAMPREA MYRIAM	230201	30	$1,508,000	$241,300	EPS037	30	$1,508,000	$188,500		0	$0	$0	14-23	30	$1,508,000	$15,800	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,508,000	$241,300			$1,508,000	$188,500			$0	$0			$1,508,000	$15,800		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 65715058		LAMPREA OCAMPO MYRIAM	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cl 4 7-29 brr san antonio	LIBANO-TOLIMA	2565032	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-11	2022-11	9443637244	9443637244	I	2022/12/15	2022/12/19	BANCO BOGOTA	4	$447,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$241,300	$1,100	$0	$242,400
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$241,300	$1,100	$0	$242,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$15,800	$100	$0	$15,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$15,800	$100	$0	$15,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$188,500	$900	$0	$189,400
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$188,500	$900	$0	$189,400
TOTAL				**1**	**$445,600**	**$2,100**	**$0**	**$447,700**

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

El Espinal, 17 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.	**1.104.943.854**	**Sussan Carbonell Lamprea**	**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: Myriam Lamprea

C.C. 65715058

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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP: 1104943854

Indicativo Serial: 41631684

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número: 02 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código: T 2 B

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

COLOMBIA * * * * * * TOLIMA * * * * * * IBAGUE

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre(s)
CARBONELL * * * * * *	LAMPREA * * * * * * *	SUSSAN * * * * * * * * * * * * * *

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2008 Mes JUL Día 14	FEMENINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA * * * * * * TOLIMA * * * * * IBAGUE * * * * *

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos: CERTIFICADO NACIDO VIVO * * * * * * * * *

Número certificado de nacido vivo: * 50250631-8 * *

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: LAMPREA OCAMPO MYRIAM * * * * * * * * * * * * * *

Documento de identificación (Clase y número): CC 65,715,058 * DE LIBANO * * * * * *

Nacionalidad: * COLOMBIANA * *

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: CARBONELL PEÑA EDUAR * * * * * * * * * * * * * *

Documento de identificación (Clase y número): CC 93,291,746 * DE LIBANO * * * * * *

Nacionalidad: * COLOMBIANA * *

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: CARBONELL PEÑA EDUAR * * * * * * * * * * * * * *

Documento de identificacion (Clase y numero): CC 93,291,746 * DE LIBANO * * * * *

Firma: X Edrc Pan

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos: *

Documento de identificación (Clase y numero): * * * * * DE * * * * * * *

Firma: - - - - - - - - - -

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos: *

Documento de identificacion (Clase y numero): * * * * * DE * * * * * * *

Firma: - - - - - - - - - -

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2008 Mes JUL Día 28	JAIME RAMOS MEJIA
	Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

NOTARIA SEGUNDA DE IBAGUE

— ORIGINAL: PARA LA OFICINA DE REGISTRO —

Powered by CamScanner