

 <p>DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES) REGIONAL DISTRITO CAPITAL</p> <p>CENTRO NACIONAL DE HOTELERIA, TURISMO Y ALIMENTOS-BTA D C - SERVICIOS PRESTADOS A LA</p> <p>Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1 Resolución DIAN N° 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)</p>	Código Regional	11
	Código Centro	940610
	Fecha Elaboración	Mayo de 2021
	Versión	ENERO 2021 - 1,21
	ID de Proceso	27753-610603
	No. de documento	82633

DATOS DEL CONTRATISTA			
Nombres y apellidos contratista:	JULIAN CAMILO GARZON MORENO	C.C.	1.030.535.878
Correo electrónico contratista:	jcgazon878@misena.edu.co	IP/N° de contacto	3107507616
Régimen del IVA:	☐ NO RESPONSABLE	Pertenece al régimen simple de tributación?	☐ NO
	☐ Es declarante de renta?	☐ NO	☐ Es Pensionado?
Sus ingresos en el 2020 Superaron \$49'849.000	☐ NO	Inducción SST	☐ SI
	☐ Presta Servicios Excluidos de IVA ?	☐ NO	
Banco al cual consignar:	DAVIVIENDA	Tipo de cta	AHORROS
		N° Cuenta	488403498212
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 2021 supera los \$ 119'806.000	☐ NO

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO			
N° del contrato:	2212147/2021	N° Compromiso SIIF	4021
Valor Total del Contrato	\$ 29.600.000	N ° Pago	4
Saldo Anterior del Contrato	\$ 18.870.000	Periodo objeto de pago	Del 01/05/2021 Al 31/05/2021
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 15.170.000	Comisiones	\$ 0,00
Valor Bruto Pago	\$ 3.700.000,00		

OBJETO CONTRACTUAL:			
(Descripción del servicio prestado)		Prestar servicios personales de carácter temporal para impartir formación profesional integral en modalidad de periodos fijos de instructores para la ejecución de acciones de formación titulada y/o complementaria presencial y virtual mediante el desarrollo de procesos de enseñanza aprendizaje evaluación basados en competencias laborales y aprendizaje por proyectos del Centro Nacional de	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Ingresos por honorarios	\$ 3.700.000	Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 3.700.000	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 2.181.150	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR					
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	Mayo	Abril	Valor Base retención en la fuente	2.181.150,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.480.000	\$ 1.480.000	Valor Base retención en la fuente ICA	3.278.200,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 185.000	\$ 185.000	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 236.800	\$ 236.800	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL	\$ 7.800	\$ 7.800	Menos Retención IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -		Reteica - 8299	31.667,00	0,966%
Aportes voluntarios a cuentas AFC	\$ -			0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.522.064	\$ -			0,00	
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.630.800	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta \$ 1.161.856	\$ 370.000		Descuentos de Libranza	0,00	
Salud hasta \$ 580.928	\$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Renta Exenta 25% \$ 8.713.920	\$ 727.050		VALOR A PAGAR	\$ 3.668.333,00	
Retención en la Fuente Contingente	\$ -				

SON: TRES MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO	
Imparti formacion Biligüismo a las fichas TGCCA 2141163 TGCCA 2068219 TGPA 2141129 T.PAN 2234154 TGPA 1963575 TGCCA 2068218 TGCCA 1963	

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.	JULIAN CAMILO GARZON MORENO EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO	
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:	Autorizo el presente pago. El Supervisor,
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.	DIEGO LEON GONZALEZ PAEZ 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

**CARLOS ALBERTO BARON SERRANO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02**

DATOS DEL APORTANTE							EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	
CC	1030535878	JULIAN CAMILO GARZON MORENO		Carrera 70 d No. 64 B 16	8008236	jgarzon318@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		
							NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-04	2021-04	I	06/05/2021	50451717	\$429.600	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	185.000	0		0		0	0	0	0	185.000	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	236.800	0	0	0	0	0	0		236.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	7.800				7.800	0	0	7.800			78	7.800	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	185.000	185.000
Pensión	1	236.800	236.800
Riesgos Laborales	1	7.800	7.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	429.600	429.600

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1030535878	JULIAN CAMILO GARZON MORENO		Carrera 70 d No. 64 B 16	8008236	jgarzon318@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2021-04	2021-04	I	06/05/2021	50451717	\$429.600
					TOTAL A PAGAR

DETALLE POR COTIZANTE																																																
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES															
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Clase exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	1030535878	GARZON MORENO JULIAN CAMILO	59	0		N																			25-14	1.480.000	236.800	0	0	0	0	EPS008	1.480.000	185.000	14-23	1.480.000	1	7.800		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
980899206

Destino de pago
COMPENSAR-OI

Motivo
MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Fecha
06/05/2021

Número de aprobación
00899206

Dirección IP
200.118.62.214

Valor transacción
\$ 429.600,00

Referencia 1
10.0.66.31

Referencia 2
CC

Referencia 3
1030535878

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 31 de mayo de 2021

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIAJE (SENA)

Bogotá D.C

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.	1013110490	Nicolás Garzón Martínez	HIJO
NUIP - NIP	1145929081	Juanita Garzón Martínez	HIJO

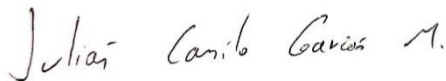
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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: Julián Camilo Garzón Moreno

C.C. 1030535878

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

NUIP	1013110490
------	------------

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 40265520

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina							
Registraduría	☐	Notaría	☐	X Número	5	Consulado	☐
Corregimiento	☐	Inspección de Policía	☐	Código		A	2
País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía							
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ							

Datos del inscrito							
Primer Apellido				Segundo Apellido			
GARZON-				MARTINEZ-			
Nombre(s)							
NICOLAS-							
Fecha de nacimiento				Sexo (en letras)		Grupo sanguíneo	
Año	2	0	6	Mes	J	U	L
				Día		1	
				MASCULINO		O	
						POSITIVO	
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección)							
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ							

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos		Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO-		A7353447

Datos de la madre	
Apellidos y nombres completos	
MARTINEZ PULIDO MARTHA JOHANA-	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 53161112	BOGOTÁ - COLOMBIANA

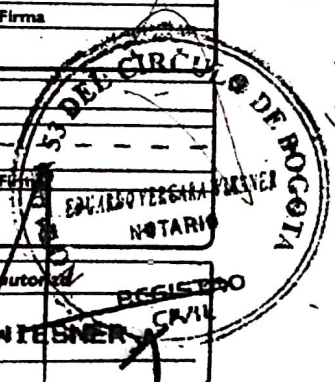
Datos del padre	
Apellidos y nombres completos	
GARZON MORENO JULIAN CAMILO-	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 1030535878	BOGOTÁ - COLOMBIANO-

Datos del declarante	
Apellidos y nombres completos	
GARZON MORENO JULIAN CAMILO-	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. 1030535878	BOGOTÁ - Julián Camilo Garzón

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	6
Mes		J	U
		Día	1
			3
		EDUARDO VERGARA WIEBNER	
		Nombre y firma	



SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1145929081

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

52857852

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐	Notaría ☒	Número ☐	Consulado ☐	Corregimiento ☐	Inspección de Policía ☐	Código	D	V	C
--	---	---------------------------------	------------------------------------	--	--	--------	---	---	---

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C.

Datos del inscrito

Primer Apellido		Segundo Apellido	
GARZON		MARTINEZ	
Nombre(s)			
JUANITA			
Fecha de nacimiento		Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo
Año	Mes	Día	Factor RH
2013	01	26	FEMENINO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)			
COLOMBIA-CUNDINAMARCA-BOGOTA			

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	12464253-0

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos		Nacionalidad
MARTINEZ PULIDO MARTHA JOHANA		COLOMBIANA
Documento de identificación (Clase y número)		
CC 53161112 de BOGOTA		

Datos del padre

Apellidos y nombres completos		Nacionalidad
GARZON MORENO JULIAN CAMILO		COLOMBIANA
Documento de identificación (Clase y número)		
CC 1030535878 de BOGOTA		

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos		Firma
GARZON MORENO JULIAN CAMILO		
Documento de identificación (Clase y número)		
CC 1030535878 de BOGOTA		

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos		Firma
Documento de identificación (Clase y número)		

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos		Firma
Documento de identificación (Clase y número)		

Fecha de inscripción

Año	Mes	Día
2013	01	27

Reconocimiento paterno

Firma	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Julian Camilo Garzon	VICTORIA BERNAL TAPILO

PARA NOTAS

NOTARIA 73	REGISTRO CIVIL	NOTARIA SETENTA Y TRES DEL CIRCULO DE BOGOTA D.C.
------------	----------------	---

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -