

 <p>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</p>	DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES)		Código Regional	68
	REGIONAL SANTANDER		Código Centro	954110
	CENTRO AGROTURISTICO - SANTANDER - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION.		Fecha Elaboración	30 de Abril de 2021
	Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Versión	ENERO 2021 - 1,21
	Resolución DIAN N° 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)		ID de Proceso	96170-192799
			No. de documento	76573

DATOS DEL CONTRATISTA			
Nombres y apellidos contratista:	LUIS EDUARDO GONZALEZ SANCHEZ	C.C.	79.794.241
Correo electrónico contratista:	lugonzalezs@sena.edu.co	IP/N° de contacto	73876
Régimen del IVA:	☐ NO RESPONSABLE	Pertenece al régimen simple de tributación?	☐ NO
		Es declarante de renta?	☐ SI
		Es Pensionado?	☐ NO
Sus ingresos en el 2020 Superaron \$49'849.000	☐ SI	Inducción SST	☐ SI
		Presta Servicios Excluidos de IVA ?	☐ NO
Banco al cual consignar:	BANCO DE BOGOTA	Tipo de cta	AHORROS
		N° Cuenta	044400679
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:	2189859/2021	N° Compromiso SIIF	7221
Valor Total del Contrato	\$ 41.340.000	N° Pago	3
Saldo Anterior del Contrato	\$ 33.540.000	Periodo objeto de pago	Del 01/04/2021 Al 30/04/2021
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 29.640.000	Comisiones	\$ 0,00
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		Prestar los servicios personales como instructor para impartir formación titulada, complementaria y/o virtualización en el área de mercadeo en los diferentes programas que atiende el centro agroturístico regional santander	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Ingresos por honorarios	\$ 3.900.000	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	\$ 3.900.000	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 2.299.050	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	Abril	Marzo	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.560.000	\$ 1.560.000	Valor Base retención en la fuente 2.299.050,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 195.000	\$ 195.000	Valor Base retención en la fuente ICA 3.455.400,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 249.600	\$ 249.600	Valor base IVA 0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00
ARL II	\$ 16.300	\$ 16.300	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 0,00
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.522.064	\$ -		
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.630.800	\$ -		Otras Retenciones 0,00
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones 0,00
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones 0,00
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones 0,00
Dependientes hasta \$ 1.161.856	\$ 390.000		Descuentos de Libranza 0,00
Salud hasta \$ 580.928	\$ -		Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00
Renta Exenta 25% \$ 8.713.920	\$ 766.350		VALOR A PAGAR \$ 3.900.000,00
Retención en la Fuente Contingente	\$ -		

SON: TRES MILLONES NOVECIENTOS MIL PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO	
Ficha: 2282095. Programa: Tecnólogo en Gestión de mercados. Actividad de aprendizaje: Recopilar información a partir de diversas fuentes...Competencias: Implementar el sistema de información de mercados... Fechas: Del 5 al 16 de Abril de 2021. 40 horas. Ficha: 2282095. Programa: Tecnólogo en Gestión de mercados. Actividad de aprendizaje: Caracterizar el comportamiento del mercado...Competencias: Planear actividades de mercadeo... Fechas: Del 19 al 30 de Abril de 2021. 40 horas Ficha: 22820157. Programa: Tecnólogo en Gestión de mercados. Actividad de aprendizaje: Recopilar información a partir de diversas fuentes...Competencias: Implementar el sistema de información de mercados... Fechas: Del 5 al 16 de Abril de 2021. 40 horas. Ficha: 2282157. Programa: Tecnólogo en Gestión de mercados. Actividad de aprendizaje: Caracterizar el comportamiento del mercado...Competencias: Planear actividades de mercadeo... Fechas: Del 19 al 30 de Abril de 2021. 40 horas TOTAL HORAS EJECUTADAS MES: 160 HORAS	

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.	LUIS EDUARDO GONZALEZ SANCHEZ EL CONTRATISTA
--	---

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO	
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí 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, LUIS ENRIQUE RIOS ARDILA INSTRUCTOR G20

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

TULIO ALEXANDER BAUTISTA RODRIGUEZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

DATOS GENERALES DEL APORTANTE				
TIPO IDENTIFICACIÓN:		CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	79794241
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:		LUIS EDUARDO GONZALEZ SANCHEZ		
CIUDAD/MUNICIPIO:		SOCORRO	DEPARTAMENTO:	SANTANDER
DIRECCIÓN:		KM 7 VIA SOCORRO SAN GIL	TELÉFONO:	7248113
TIPO APORTANTE:		02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:		PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de apoyo a la
FORMA DE PRESENTACIÓN:		ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
NÚMERO PLANILLA:	7787323110	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: marzo	PERIODO COTIZACIÓN	MES: marzo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2021	SALUD:	AÑO: 2021
DÍAS DE MORA:	0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2021/04/19	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	961256948

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	\$ 250.400
SUBTOTAL:			1	\$ 250.400
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900156264	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	\$ 195.700
SUBTOTAL:			1	\$ 195.700
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	\$ 16.400
SUBTOTAL:			1	\$ 16.400

TOTAL PAGADO:	\$ 462.500
----------------------	-------------------

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 30 de abril de 2021

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:

NUIP - NIP	1101698737	Isabella González Meneses	HIJO
NUIP - NIP	1101699441	Juan Pablo González Meneses	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

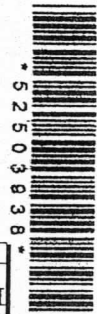
Nombre: Luis Eduardo González Sánchez

C.C. 79794241 de Bogotá D.C.

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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



NUIP 1.101.698.737

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 152503938

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒ Notaría ☐ Número Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código R 6 I

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

REGISTRADURIA DE SOCORRO - COLOMBIA - SANTANDER - SOCORRO

Datos del inscrito

Primer Apellido GONZALEZ Segundo Apellido MENESES

Nombre(s)

ISABELLA

Fecha de nacimiento Año 2018 Mes ENE Día 06 Sexo (en letras) FEMENINO Grupo sanguíneo O Factor RH POSITIVO

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

COLOMBIA SANTANDER SOCORRO

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo

14342212-2

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

MENESES CHACON ANGELINA

Documento de identificación (Clase y número)

CC 37.947.997

Nacionalidad

COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

GONZALEZ SANCHEZ LUIS EDUARDO

Documento de identificación (Clase y número)

CC 79.794.241

Nacionalidad

COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

GONZALEZ SANCHEZ LUIS EDUARDO

Documento de identificación (Clase y número)

CC 79.794.241

Firma

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 2018 Mes EN Día 12

Nombre y firma del funcionario que autoriza

FERNANDO FONSECA ALVAREZ - REGISTRADOR

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

52550711

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

NUIP 1.101.699.441 **REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO** Indicativo Serial 152550711

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código R 6

Pais - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
REGISTRADURIA DE SOCORRO - COLOMBIA - SANTANDER - SOCORRO

Datos del inscrito

Primer Apellido GONZALEZ Segundo Apellido MENESES
Nombre(s) JUAN PABLO

Fecha de nacimiento Año 2019 Mes ABR Día 08 Sexo (en letras) MASCULINO Grupo sanguíneo O Factor RH NEGATIVO

Lugar de nacimiento (Pais - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA SANTANDER SOCORRO

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO **Número certificado de nacido vivo** 14949618-6

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos MENESES CHACON ANGELINA

Documento de Identificación (Clase y número) CC 37.947.997 Nacionalidad COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos GONZALEZ SANCHEZ LUIS EDUARDO

Documento de Identificación (Clase y número) CC 79.794.241 Nacionalidad COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos GONZALEZ SANCHEZ LUIS EDUARDO

Documento de Identificación (Clase y número) CC 79.794.241 Firma

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 2019 Mes ABR Día 16 **Nombre y firma del funcionario que autoriza** SANDRA MELBA SALAS CORZO (E) Nombre y firma

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

Firma Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS