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 SANTANDER
CENTRO INDUSTRIAL DEL DISEÑO Y LA MANUFACTURA-SANTANDER
Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1
Resoluciòn DIAN Nº 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)

Código Regional	**68**
Código Centro	**922510**
Fecha Elaboración	**31 de Mayo de 2021**
Versión	**ENERO 2021 - 1,21**
ID de Proceso	**15370-620944**
No. de documento	**87215**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	CARLOS JULIAN RAMIREZ BENITEZ	**C.C.**	91.507.824	**IP/Nº de contacto**	0
Correo electrónico contratista:	carlosj.ramirez@misena.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 2020 Superaron $49'849.000	SI	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**		SI	
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		9050812143	
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

Nº del contrato:	2208121/2021			**Nº Compromiso SIIF**		**12821**	
Valor Total del Contrato	$ 29.100.918	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 21.358.472	**4**	**Del**	**01/05/2021**	**Al**	**31/05/2021**	**$ 2.669.809,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 18.688.663		Comisiones			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

SERVICIOS PERSONALES: SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO DISEÑADOR WEB PARA LA CONSTRUCCIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE DOCUMENTOS DE HIPERTEXTO, DISEÑO DE INTERFACES PARA CONTENIDOS WEB CREACIÓN DE PIEZAS GRÁFICAS PL 10 M Y 27 D V/M $2.669.809

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.669.809	Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°		0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo		$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 2.669.809**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.573.821**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**		**$ 0**

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR

	Mayo	**Abril**			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**9418916607**	Valor Base retención en la fuente	1.573.821,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.067.924	$ 1.067.924	Valor Base retención en la fuente ICA	2.365.409,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 133.500	$ 133.500	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 170.900	$ 170.900	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 I	$ 5.600	$ 5.600	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 8299	14.192,00	0,600%
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	$ -		-	0,00	
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	$ 266.981		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 580.928	$ -				
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 524.607		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	**$ 2.655.617,00**	

SON: DOS MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS DIECISIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Diseño web CF2, CF3, CF4, CF5 Programa de Formación: Construcción de bases de datos MYSQL
Diseño web CF1 : Programa: Acreditación en Salud
Asistencia de reuniones virtuales con todo el equipo de trabajo para la orientación de las asignaciones

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.

CARLOS JULIAN RAMIREZ BENITEZ
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,

RAFAEL NEFTALI LIZCANO REYES
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

JUAN MANUEL CASTILLO CALDERON
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

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 91507824		RAMIREZ BENITEZ CARLOS JULIAN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 25 no 33 95	BUCARAMANGA-SANTANDER	6347292	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-04	2021-04	985279252	9418916607	I	2021/05/07	2021/05/10	BANCOLOMBIA	3	$310,900

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)					$1,071,200	$171,400			$1,071,200	$133,900			$0	$0			$1,071,200	$5,600		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,071,200	$171,400			$1,071,200	$133,900			$0	$0			$1,071,200	$5,600		$0	$0
Ciudad: BUCARAMANGA Depto: SANTANDER (1 Afiliados)					$1,071,200	$171,400			$1,071,200	$133,900			$0	$0			$1,071,200	$5,600		$0	$0
1	CC	91507824	RAMIREZ CARLOS	230201	30	$1,071,200	$171,400	EPS017	30	$1,071,200	$133,900		0	$0	$0	14-23	30	$1,071,200	$5,600	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,071,200	$171,400			$1,071,200	$133,900			$0	$0			$1,071,200	$5,600		$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 91507824		RAMIREZ BENITEZ CARLOS JULIAN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 25 no 33 95	BUCARAMANGA-SANTANDER	6347292	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-04	2021-04	985279252	9418916607	I	2021/05/07	2021/05/10	BANCOLOMBIA	3	$310,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$171,400	$0	$0	$171,400
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$171,400	$0	$0	$171,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$5,600	$0	$0	$5,600
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$5,600	$0	$0	$5,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$133,900	$0	$0	$133,900
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$133,900	$0	$0	$133,900
TOTAL				1	$310,900	$0	$0	$310,900

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Floridablanca, 31 de Mayo de 2021

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Ciudad

Asunto: Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deduciblede la base gravable de retención en la fuente.

Bajo la gravedad del juramento, en mi calidad de empleado contribuyente y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el parágrafo cuarto del artículo segundo del Decreto 0099 de 2013, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

T.I	**1097787505**	SARA RAMIREZ ROMAN	HIJA
T.I	**1097790140**	VICTORIA RAMIREZ ROMAN	HIJA

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,



CARLOS JULIAN RAMIREZ BENITEZ
C.C 91507824

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1097787505

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 50584915

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria ☐ Notaria X Número 09 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ **Código** Q 7 E

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

COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
RAMIREZ **********	ROMAN **********

Nombre(s)

SARA JULIANA **********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2011 Mes MAR Día 03	Femenino	O	Positivo

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

COLOMBIA - SANTANDER - FLORIDABLANCA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	52841278-3

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

ROMAN RUEDA MARIA ISABEL

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO.63.450.584	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

RAMIREZ BENITEZ CARLOS JULIAN

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 91.507.824	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

RAMIREZ BENITEZ CARLOS JULIAN

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 91.507.824	

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 MAR Día 08	GERMAN TELLEZ GOMEZ Nombre y firma

Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien hace el reconocimiento*
Firma	GERMAN TELLEZ GOMEZ Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

PASADO AL LIBRO DE VARIOS TOMO #30 FOLIO #204

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

ASSENDA S.A. NIT 890.321.151-0 100242251

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1097790140

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 53237248

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 09 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** Q 7 E

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

COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
RAMIREZ **********	ROMAN **********

Nombre(s)

VICTORIA **********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2013 Mes OCT Día 31	Femenino	O	Negativo

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

COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	12095936-2

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

ROMAN RUEDA MARIA ISABEL

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO.63.450.584	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

RAMIREZ BENITEZ CARLOS JULIAN

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 91.507.824	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

RAMIREZ BENITEZ CARLOS JULIAN

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 91.507.824	

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 2013 Mes NOV Día 07	GERMAN TELLEZ GOMEZ Nombre y firma

Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
Firma	GERMAN TELLEZ GOMEZ Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

PASADO AL LIBRO DE VARIOS TOMO N° 002 FOLIO N° 085

GERMAN TELLEZ GOMEZ
NOTARIO NOVENA DEL CIRCULO DE
BUCARAMANGA

IMPRESO POR PANAMERICANA FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800 125 457-5 TEL 430 2111

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

5323724 8