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 VALLE
DESPACHO REGIONAL-EMPRENDIMIENTO
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	**76**
Código Centro	**101076**
Fecha Elaboración	**Mayo de 2021**
Versión	**ENERO 2021 - 1,21**
ID de Proceso	**73923-599814**
No. de documento	**99863**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	PAULO CESAR POLO NAVARRO	**C.C.**	94.534.559	**IP/Nº de contacto**	22571
Correo electrónico contratista:	pcpolo@misena.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 2020 Superaron $49'849.000	SI	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**		NO	
Banco al cual consignar:	DAVIVIENDA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		18470053028	
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:	2174950/2021			**Nº Compromiso SIIF**		**4721**	
Valor Total del Contrato	$ 68.804.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 49.440.000	**5**	**Del**	**01/05/2021**	**Al**	**31/05/2021**	**$ 6.180.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 43.260.000		Comisiones			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

SERVICIOS PERSONALES: PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA GESTIÓN Y SEGUIMIENTO DE METAS E INDICADORES ASIGNADOS A LA REGIONAL, ASÍ COMO EL ACOMPAÑAMIENTO A LOS PROGRAMAS DE EMPRENDIMIENTO Y SER, CONFORME A LOS LINEAMIENTOS DEL SENA.

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 6.180.000	Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°		1,01%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo		$ 36.820
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 6.180.000**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 3.643.050**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**		**$ 36.820**

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

	Mayo	**Abril**
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**7790132652**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 2.472.000	$ 2.472.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 309.000	$ 309.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 395.600	$ 395.600
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 13.000	$ 13.000
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 $ 3.630.800	$ -	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Dependientes hasta $ 1.161.856	$ 618.000	
Salud hasta $ 580.928	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 1.214.350	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	3.643.050,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	5.475.400,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	36.820,00	1,01%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299	0,00	0,000%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Pro-UCEVA	30.900,00	0,500%
Universidad del Pacífico	30.900,00	0,500%
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	**$ 6.081.380,00**	

SON: SEIS MILLONES OCHENTA Y UN MIL TRESCIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se establece plan de trabajo con cada uno de los centros SBDC para articular con los profesionales de apoyo a egresados, se nombra u
Se realizó reunión con los dinamizadores de centro y el Dinamizador regional SER, con el objetivo de realizar la revisión simulador p
Se realizaron reuniones de seguimiento a cada uno de los indicadores correspondientes en el mes abril, se estableció nivel de cumplimi
El 10 de mayo se realiza articulación con universidad Iberoamericana para participación en evento institucional de emprendimiento. En
En el mes de mayo se realizó el análisis de satisfacción de clientes sobre los servicios recibidos por los orientadores SBDC durante e
Se participa en el plan por plan realizado por la universidad de Antioquia y SBDC – SENA, donde se verifica en avance en el plan de ne
Se realiza articulación con las empresas Fondo Emprender que inician interventoría en 2021, entre interventores, emprendedores y SENA
En el mes de mayo se realizó el análisis de satisfacción de clientes sobre los servicios recibidos por los orientadores SBDC durante e
Se realiza articulación con la directora de emprendimiento Dr. Vivian Rodriguez, para la firma del convenio entre el municpio de Palmi

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.

PAULO CESAR POLO NAVARRO
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,

MARIA EUGENIA LOPEZ HERNANDEZ
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

AURA ELVIRA NARVAEZ AGUDELO
DIRECTORA REGIONAL

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	94534559
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			PAULO CESAR POLO NAVARRO
CIUDAD/MUNICIPIO:	CALI	DEPARTAMENTO:	VALLE
DIRECCIÓN:	CR 3 OST 1-33 BARRIO	TELÉFONO:	6697766
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7790132652**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2021	SALUD:	AÑO:	2021
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2021/05/19	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		994200861

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	$ 726.400
SUBTOTAL:			1	**$ 726.400**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890303093	EPS012	EPS012-COMFENALCO VALLE	1	$ 534.000
SUBTOTAL:			1	**$ 534.000**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 22.300
SUBTOTAL:			1	**$ 22.300**

TOTAL PAGADO:	**$ 1.282.700**

DAVIVIENDA

Pago PSE

Resultado de su transacción

Código único CUS
994200861

Destino de pago
SOI ACH

Motivo
Pago de la Planilla Integrada de Seguridad Social y Parafisacales

Fecha
18/05/2021

Número de aprobación
00200861

Dirección IP
179.18.3.183

Valor transacción
$ 1.282.700,00

Costo de la transacción
$ 0,00 IVA incluido

Referencia 1	Referencia 2	Referencia 3
10.80.25.33	CC	94534559

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Banco Davivienda S.A. Todos los derechos reservados 2017.

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Cali, enero 28 / 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:

T.I.	**1109193334**	**NICOLAS POLO LOZANO**	**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: Paulo Cesar Polo Navarro

C.C. 94534559 de Cali

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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP: 1109193334

Indicativo Serial: 51132788

51132788

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina: NOTARIA QUINCE DE CALI

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 15 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 96 9 6

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía: * * * COLOMBIA VALLE DEL CAUCA SANTIAGO DE CALI

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
* * POLO * *	* * * LOZANO * *

Nombre(s): * * NICOLAS * *

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2012 Mes MARZO Día 08	MASCULINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): * * * COLOMBIA VALLE DEL CAUCA SANTIAGO DE CALI

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
* * * CERTIFICADO DE NACIDO VIVO * * *	11135447-8

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: * * * LOZANO PAYAN ADRIANA PAOLA * * *

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
* * * C.C.NO.31'487.570 DE YUMBO - VALLE	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: * * * POLO NAVARRO PAULO CESAR * * *

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
* * * C.C.No.94'534.559 DE CALI - VALLE	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: * * * POLO NAVARRO PAULO CESAR * * *

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
* * * C.C.No.94'534.559 DE CALI - VALLE	

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 2012 Mes MARZO Día 16	Javier Franco Silva JAVIER FRANCO SILVA NOTARIO 15 DEL CIRCULO DE CALI 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 15 NOTARIA JAVIER FRANCO SILVA

IMPRESO POR THOMAS GREG & SONS DE COLOMBIA S.A. NIT 860.005.080-2 TEL. 381 0240

REPÚBLICA DE COLOMBIA
15
NOTARIA
JAVIER FRANCO SILVA

República de Colombia
NOTARIA 15 CALI
JAVIER FRANCO SILVA
CERTIFICA

Que el presente documento es auténtica copia del folio de Registro Civil de Nacimiento con indicativo original aparece registrado en este despacho bajo el indicativo serial No. 51132788 tomo No. 2010-2012 Se expide de conformidad con el Decreto Ley 1260 de 1970, para efectos legales.
Recibido por: Pablo Cesar Polo C.C. No. 94534559
Santiago de Cali, 26 MAR 2014

NOTARIA 15
Javier Franco Silva
NOTARIO 15 DEL CIRCULO DE CALI

República de Colombia
NOTARIA 15
JAVIER FRANCO SILVA
EN BLANCO

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.109.193.334**

POLO LOZANO
APELLIDOS

NICOLAS
NOMBRES

Nicolas Polo
FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **08-MAR-2012**
SANTIAGO DE CALI
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

08-MAR-2030 **O+** **M**
FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

08-MAY-2019 CALI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-3100100-01087267-M-1109193334-20190724 0066828904A 1 51997210