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 MAGDALENA
CERTIFICACION COMPETENCIAS LABORALES-CENTRO ACUICOLA Y AGROINDUSTRIAL DE GAIRA-M
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	**47**
Código Centro	**911810**
Fecha Elaboración	**Mayo de 2021**
Versión	**ENERO 2021 - 1,21**
ID de Proceso	**06623-018692**
No. de documento	**101723**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	MANUEL ALFONSO VILLAMIL FANDIÑO	**C.C.**	85.452.131	**IP/Nº de contacto**	54100
Correo electrónico contratista:	mvillamilfa@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 2020 Superaron $49'849.000	NO	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**		NO	
Banco al cual consignar:	BANCO BBVA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		517152674	
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:	2365201/2021			**Nº Compromiso SIIF**		**26021**	
Valor Total del Contrato	$ 27.279.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 22.212.900	**3**	**Del**	**01/05/2021**	**Al**	**31/05/2021**	**$ 3.897.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 18.315.900		Comisiones			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

SERVICIOS PERSONALES INDIRECTOS: PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE CARACTER TEMPORAL PARA EL PROCESO DE GESTION DE EVALUACION Y CERTIFICACION DE COMPETENCIAS LABORALES EN LAS ESPECIALIDADES PALMA DE ACEITE Y OLEAGINOSAS, AGROINDUS. DEL BANANO Y

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.897.000	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	**$ 3.897.000**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.297.175**	**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	----------	**9419874761**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.558.800	$ 1.558.800
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 194.900	$ 194.900
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 249.500	$ 249.500
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 16.300	$ 16.300
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	$ 389.700	
Salud hasta $ 580.928	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 765.725	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.297.175,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.452.600,00	
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 - 8299	24.168,00	0,700%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Pro-Hospital	77.940,00	2,000%
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	**$ 3.794.892,00**	

SON: TRES MILLONES SETECIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

CAPACITACION EN DINAMIZACION DE LOS INSTRUMENTOS (DOCTORA NATALIA) MAYO 6 DE 2021
CAPACITACION EN TRANSFERENCIA DE CONOCIMIENTOS PROCESO ECCL (MAYO 13)
REUNION SEGUIMIENTO CON DINAMIZADORA DRA CLARA PEÑA (MAYO 14)
REUNION SEGUIMIENTO CON DRA CLARA PEÑA (MAYO 18)
REUNION FORMACION DE GRUPOS DRA ANA BRITTO GERENTE INVERSIONES ARISMENDI 120 PARTICIPANTES
REUNION FORMACION GRUPO FINCA SIRIA 50 PARTICIPANTES
REUNION FORMACION DE GRUPOFINCA FATIMA 70 PARTICIPANTES
REUNION DE FORMACION DE GRUPO FINCA ASUNTINA

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.

MANUEL ALFONSO VILLAMIL FANDIÑO
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,

JAIRO JOHN ABELLO CAMARGO
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

GILBERTO JOSE CAMPO BECERRA
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

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 85452131		VILLAMIL FANDIÑO MANUEL ALFONSO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	MIRADOR DE LA SIERRA CASA 37	SANTA MARTA-MAGDALENA	4210591	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	994167816	9419874761	I	2021/05/10	2021/05/19	BANCO DAVIVIENDA	9	$460,700

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)					$1,558,800	$249,500			$1,558,800	$194,900			$0	$0			$1,558,800	$16,300		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,558,800	$249,500			$1,558,800	$194,900			$0	$0			$1,558,800	$16,300		$0	$0
Ciudad: SANTA MARTA Depto: MAGDALENA (1 Afiliados)					$1,558,800	$249,500			$1,558,800	$194,900			$0	$0			$1,558,800	$16,300		$0	$0
1	CC 85452131	VILLAMIL MANUEL	25-14	30	$1,558,800	$249,500	EPS002	30	$1,558,800	$194,900		0	$0	$0	14-23	30	$1,558,800	$16,300	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,558,800	$249,500			$1,558,800	$194,900			$0	$0			$1,558,800	$16,300		$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 85452131		VILLAMIL FANDIÑO MANUEL ALFONSO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	MIRADOR DE LA SIERRA CASA 37	SANTA MARTA-MAGDALENA	4210591	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	994167816	9419874761	I	2021/05/10	2021/05/19	BANCO DAVIVIENDA	9	$460,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$249,500	$0	$0	$249,500
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$249,500	$0	$0	$249,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$16,300	$0	$0	$16,300
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$16,300	$0	$0	$16,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$194,900	$0	$0	$194,900
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$194,900	$0	$0	$194,900
TOTAL				**1**	**$460,700**	**$0**	**$0**	**$460,700**

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Bogotá, 20 de mayo 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 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.	**1082832529**	**LUIS MANUEL VILLAMIL DEL TORO**	**HIJO**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

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: MANUEL ALFONSO VILLAMIL FANDIÑO

C.C. _85.452.131 DE SANTA MARTA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número N 5116428

NUIP 1.082.832.529

Tipo de certificado: Datos Esenciales | Acreditar Parentesco: X

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos
VILLAMIL DEL TORO LUIS MANUEL

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)									Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año	2	0	0	3 Mes	D	E	C Día	2	2 MASCULINO	O +

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección)
COLOMBIA MAGDALENA SANTA MARTA

Fecha de inscripción (Mes en letras)									Indicativo serial
Año	2	0	0	4 Mes	E	N	E Día	0	9 0036755628

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos
DEL TORO ACUNA LUISA MERCEDES

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 36.561.839	COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos
VILLAMIL FANDIÑO MANUEL ALFONSO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 85.452.131	COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos
ZAMBRANO RODRIGUEZ MARIA LUISA

Documento de Identificación (Clase y número)
CEDULA DE CIUDADANIA 26.67[illegible]

NOTARIA SEGUNDA DEL CIRCULO DE SANTA MARTA
24 NOV 2014
NOTARIO

Espacio para notas

Datos de la oficina de registro que expide el certificado — Código