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 DISTRITO CAPITAL
CENTRO DE TECNOLOGIAS PARA LA CONSTRUCCION Y LA MADERA-BTA D C - SERVICIOS PRESTAD
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	**11**
Código Centro	**920910**
Fecha Elaboración	**Mayo de 2021**
Versión	**ENERO 2021 - 1,21**
ID de Proceso	**57218-042708**
No. de documento	**90813**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	CESAR RENE RIVERA CHAVARRO	**C.C.**	80.354.918	**IP/Nº de contacto**	14758
Correo electrónico contratista:	crrivera@sena.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	NO	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**	SI		
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**	20597004673		
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:	2266324/2021			**Nº Compromiso SIIF**	**23021**		
Valor Total del Contrato	$ 39.910.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 30.160.000	**4**	**Del**	**01/05/2021**	**Al**	**31/05/2021**	**$ 3.900.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 26.260.000		Comisiones			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

Prestar servicios de carácter temporal, para impartir formación en el centro de tecnologías para la construcción y la madera para cubrir las necesidades del sector productivo de la región o zona de influencia que atiende este centro, para el cumplimiento de las metas de formación

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.900.000	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	**$ 3.900.000**	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

	Mayo	**Abril**			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**9419251301**	Valor Base retención en la fuente	2.299.050,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.560.000	$ 1.560.000	Valor Base retención en la fuente ICA	3.455.400,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 195.000	$ 195.000	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 249.600	$ 249.600	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	$ 8.200	$ 8.200	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 8299	33.379,00	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	$ -		-	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	$ 390.000		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 580.928	$ -				
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 766.350		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	**$ 3.866.621,00**	

SON: TRES MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS VEINTIUNO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Impartir Formación Titulada y Complementaria para Gestión de la Propiedad Horizontal en formulación de proyectos Ficha-2005678
Impartir Formación Titulada y Complementaria para Gestión de la Propiedad Horizontal en Contabilidad Sede Cazuca Ficha 2233204
Impartir Formación Titulada y Complementaria para Gestión de la Propiedad Horizontal en Contabilidad Sede Cazuca Ficha 2233211
Impartir Formación Titulada y Complementaria para Gestión de la Propiedad Horizontal en Contabilidad Sede Cazuca Ficha 2233212
Impartir Formación Titulada y Complementaria para Gestión de la Propiedad Horizontal en Contabilidad Sede Cazuca Ficha 2276318
Impartir Formación Titulada y Complementaria para Gestión de la Propiedad Horizontal en formulación de proyectos Ficha-2069170
Impartir Formación Titulada y Complementaria para Gestión de la Propiedad Horizontal en Logística Sede Cazuca Ficha 2163952
Impartir Formación Titulada y Complementaria para Gestión de la Propiedad Horizontal en Estadísticas Sede Cazuca Ficha 2163944

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.

CESAR RENE RIVERA CHAVARRO
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,

ALBA LUCIA OLMOS TRUJILLO
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

ANDREA LORENA REALPE GAVIRIA
SUBDIRECTORA 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 80354918		RIVERA CHAVARRO CESAR RENE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 25B bis#100-76 torre11 apto.302	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1234567	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	971726480	9419251301	I	2021/05/06	2021/04/29	BANCOLOMBIA	0	$539,900

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)					$1,860,000	$297,600			$1,860,000	$232,500			$0	$0			$1,860,000	$9,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,860,000	$297,600			$1,860,000	$232,500			$0	$0			$1,860,000	$9,800		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,860,000	$297,600			$1,860,000	$232,500			$0	$0			$1,860,000	$9,800		$0	$0
1	CC	80354918 RIVERA CESAR	25-14	30	$1,860,000	$297,600	EPS001	30	$1,860,000	$232,500		0	$0	$0	14-23	30	$1,860,000	$9,800	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$1,860,000	$297,600			$1,860,000	$232,500			$0	$0			$1,860,000	$9,800		$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 80354918		RIVERA CHAVARRO CESAR RENE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 25B bis#100-76 torre11 apto.302	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1234567	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	971726480	9419251301	I	2021/05/06	2021/04/29	BANCOLOMBIA	0	$539,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$297,600	$0	$0	$297,600
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$297,600	$0	$0	$297,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,800	$0	$0	$9,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$9,800	$0	$0	$9,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$232,500	$0	$0	$232,500
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	1	$232,500	$0	$0	$232,500
TOTAL				**1**	**$539,900**	**$0**	**$0**	**$539,900**

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, mayo 25 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:

T.I.	**1025064593**	**SAMUEL ISSAC RIVERA AGUILAR**	**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: CESAR RENE RIVERA CHAVARRO

C.C. _80.354.918

NO IMPRIMA ESTA HOJA ES SOLAMENTE DE CARÁCTER INFORMATIVO

REQUISITOS PARA DEDUCCIONES POR DEPENDIENTES

En el siguiente cuadro se relacionan los requisitos y documentos que se deben adjuntar para poder acceder al beneficio de disminución de retención en la fuente, por dependientes:

DEDUCCION	CONCEPTO	REQUISITOS
DEPENDIENTES	Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad.	Registro civil de nacimiento
	Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES ' o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.	Recibo de pago de matrícula de instituciones debidamente acreditadas
	Los hijos del contribuyente mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Medicina Legal
	El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal
	Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal

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

NUIP 1025064593

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 43697123

43697123

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [-9] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 1009

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C.

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
RIVERA	AGUILAR

Nombre(s)
SAMUEL ISAAC

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2009 Mes JUL Día 05	MASCULINO	"A"	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	51893618-2

Datos de la madre
Apellidos y nombres completos
AGUILAR QUIJANO JANNETH
Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad
Cédula de ciudadanía 21,016,864 | COLOMBIANA

Datos del padre
Apellidos y nombres completos
RIVERA CHAVARRO CESAR RENE
Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad
Cédula de ciudadanía 80,364,918 | COLOMBIANO

Datos del declarante
Apellidos y nombres completos
RIVERA CHAVARRO CESAR RENE
Documento de identificación (Clase y número) | Firma
Cédula de ciudadanía 80,364,918

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 2009 Mes AGO Día 05

Nombre y firma del funcionario que autoriza
GUILLERMO AUGUSTO ARCINIEGAS MARTINEZ
NOTARIO 9 - BOGOTA
Nombre y firma

Reconocimiento paterno
Firma

GUILLERMO AUGUSTO ARCINIEGAS MARTINEZ
NOTARIO 9 - BOGOTA
Nombre y firma

RECONOCIMIENTO INSCRITO L.V. 85 F. 125 [illegible] VIA DE TOMA HUELLA INDICE DERECHO DEL PADRE DIR. CL. 25B BIS No. 100-76 BI 11 AP [illegible] Tel. 4228525 - 1a COPIA EXENTA DE PAGO

COMO NOTARIO NOVENO DEL CIRCULO DE BOGOTA D.C. CERTIFICO QUE ESTE REGISTRO ES FIEL COPIA TOMADA DE SU ORIGINAL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA NOTARIA Y SE EXPIDE A PETICION DEL INTERESADO PARA **ACREDITAR PARENTESCO.**

(Articulo 115 Decreto 1260/70) 05 AGO 2009
BOGOTA
ESTE REGISTRO TIENE VALIDEZ PERMANENTE

República de Colombia
NOTARIA 9 - BOGOTA
GUILLERMO AUGUSTO ARCINIEGAS MARTINEZ

PARA LA OFICINA DE REGISTRO -