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 ATLÁNTICO
CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS-ATLANTICO -SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION
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	**8**
Código Centro	**930210**
Fecha Elaboración	**Junio de 2021**
Versión	**JUNIO 2021 - 3,21**
ID de Proceso	**44653-523292**
No. de documento	**114448**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	JUAN CARLOS BERMUDEZ TORRES	**C.C.**	3.715.403	**IP/Nº de contacto**	0
Correo electrónico contratista:	juan.bermudez3@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	NO	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**	NO		
Banco al cual consignar:	BANCO FALABELLA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**	114180001878		
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:	247822/2021			**Nº Compromiso SIIF**	**69921**		
Valor Total del Contrato	$ 26.006.904	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 22.539.317	**2**	**Del**	**01/06/2021**	**Al**	**30/06/2021**	**$ 3.715.272,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 18.824.045		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTORES-PRESTAR SERVICIOS PERSONALES CARÁCTER TEMPORAL PLANEAR Y ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, EN EL AREA DE HOTELERIA Y TURISMO-GESTION DE ALIMENTOS Y BEBIDAS QUE PROGRAME EL CCYS SUEGUN RADICADI 9-2021-007654Â€¦PZO 17 DIC 2021

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.715.272		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	3,52%
			Retencion en la Fuente del Periodo	$ 149.135
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 3.467.587			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 7.182.859**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 4.234.180**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 149.135**

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

	Junio	**Mayo**			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**9420437713**	Valor Base retención en la fuente	4.234.180,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.486.109	$ 1.387.035	Valor Base retención en la fuente ICA	3.291.672,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 185.800	$ 173.400	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 237.800	$ 222.000	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0	Menos Retención en la Fuente	149.135,00	3,52%
ARL I	$ 7.800	$ 7.300	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 8299	32.917,00	1,000%
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	$ 222.000		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 173.400		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 7.300		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta $ 1.161.856	$ 718.286		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 580.928	$ -				
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 1.411.393		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	**$ 3.533.220,00**	

SON: TRES MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y TRES MIL DOSCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

PLANEACION Y ORIENTACION LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, EN EL AREA DE HOTELERIA Y TURISMO-GESTION DE ALIMENTOS Y BEBIDAS

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.

JUAN CARLOS BERMUDEZ TORRES
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,

PATRICIA ROSMARY SERRANO SANTIAGO
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

ELIZABETH TUBERQUIA VANEGAS
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 3715403		BERMUDEZ TORRES JUAN CARLOS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 69 #79-135	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3091264	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-05	2021-05	1003840919	9420437713	I	2021/06/02	2021/05/28	BANCOLOMBIA	0	$375,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing ret tde tae tdp tag vsp cor vst sln ige lma vac avp ect irl vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,294,243	$207,100			$1,294,243	$161,800			$0	$0			$1,294,243	$6,800		$0	$0		$375,700
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,294,243	$207,100			$1,294,243	$161,800			$0	$0			$1,294,243	$6,800		$0	$0		$375,700
Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)						$1,294,243	$207,100			$1,294,243	$161,800			$0	$0			$1,294,243	$6,800		$0	$0		$375,700
1	CC 3715403	BERMUDEZ JUAN	X	25-14	28	$1,294,243	$207,100	EPS010	28	$1,294,243	$161,800		0	$0	$0	14-23	28	$1,294,243	$6,800	0	$0	$0	No	$375,700
Total	**Afiliados(1)**					$1,294,243	$207,100			$1,294,243	$161,800			$0	$0			$1,294,243	$6,800		$0	$0		$375,700

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 3715403		BERMUDEZ TORRES JUAN CARLOS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 69 #79-135	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3091264	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-05	2021-05	1003840919	9420437713	I	2021/06/02	2021/05/28	BANCOLOMBIA	0	$375,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$207,100	$0	$0	$207,100
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$207,100	$0	$0	$207,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,800	$0	$0	$6,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$6,800	$0	$0	$6,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$161,800	$0	$0	$161,800
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$161,800	$0	$0	$161,800
TOTAL				1	$375,700	$0	$0	$375,700

Resumen de Pago por Administradora

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 3715403		BERMUDEZ TORRES JUAN CARLOS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 69 #79-135	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3091264	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-05	2021-05	1027385098	9421053388	N	2021/06/02	2021/06/17	BANCOLOMBIA	15	$55,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$30,700	$0	$0	$30,700
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$30,700	$0	$0	$30,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,000	$0	$0	$1,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$1,000	$0	$0	$1,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$24,000	$0	$0	$24,000
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$24,000	$0	$0	$24,000
TOTAL				1	$55,700	$0	$0	$55,700

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Bogotá, 15 de junio 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:

NUIP - NIP	**1048084938**	**SARAH VICTORIA BERMUDEZ MOLINA**	**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: _JUAN CARLOS BERMUDEZ TORRES

C.C. __3.715.403

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

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1.048.084.938

Indicativo Serial 57465338

57465338

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 03 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código CZL

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

NOTARIA 3 BARRANQUILLA - COLOMBIA - ATLANTICO - BARRANQUILLA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
BERMUDEZ	MOLINA

Nombre(s)

SARAH VICTORIA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2017 Mes AGO Día 03	FEMENINO	A	POSITIVO

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

COLOMBIA ATLANTICO PUERTO COLOMBIA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	14264665-1

Datos de madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

MOLINA ARTETA AURA CONCEPCION

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.044.392.268	COLOMBIA

Datos de padre o madre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

BERMUDEZ TORRES JUAN CARLOS

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 3.715.403	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

MOLINA ARTETA AURA CONCEPCION

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.044.392.268	X

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 2017 Mes AGO Día 04	GINO CESAR CORDOBA RINCON - NOTAR Nombre y firma

Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
X Firma	GINO CESAR CORDOBA RINCON Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

04.AGO.2017 - SE EXTIENDE CONFORME AL ARTICULO 118 LEY 1395 DE 2010

LIBRO DE VARIOS - TOMO 246 FOLIO 011.