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 ANTIOQUIA
COMPLEJO TECNOLOGICO AGROINDUSTRIAL, PECUARIO Y TURISTICO-ANTIOQUIA - SERVICIOS PRE
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	**5**
Código Centro	**950410**
Fecha Elaboración	**Junio de 2021**
Versión	**JUNIO 2021 - 3,21**
ID de Proceso	**63701-788523**
No. de documento	**112947**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	LUIS GARCIA DILSON	**C.C.**	71.946.997	**IP/Nº de contacto**	44224
Correo electrónico contratista:	digarcia77@yahoo.es				

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 ?**		SI	
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		64514164990	
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:	2488812/2021			**Nº Compromiso SIIF**		**70321**	
Valor Total del Contrato	$ 28.340.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 25.610.000	**2**	**Del**	**01/06/2021**	**Al**	**30/06/2021**	**$ 3.900.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 21.710.000		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

IMPARTIR FORMACION PROFESIONAL TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA EN LA RED DE CONOCIMIENTO DE GESTION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA EN EL COMPLEJO TECNOLOGICO AGROINDUSTRIAL, PECUARIO Y TURISTICO

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.900.000	Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°		2,40%
		Retencion en la Fuente del Periodo		$ 94.675
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 2.730.000			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 6.630.000**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 3.947.550**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**		**$ 94.675**

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

	Junio	**Mayo**
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**4392558037**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.560.000	$ 1.092.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 195.000	$ 136.500
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 249.600	$ 174.800
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 8.200	$ 5.800
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	$ 145.400	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 113.600	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 4.800	
Dependientes hasta $ 1.161.856	$ 663.000	
Salud hasta $ 580.928	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 1.315.850	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

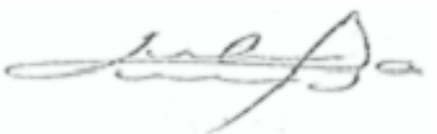
Valor Base retención en la fuente	3.947.550,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.455.400,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	94.675,00	2,40%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299	0,00	0,000%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Jaime Isaza Cadavid	15.600,00	0,000%
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	**$ 3.789.725,00**	

SON: TRES MILLONES SETECIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS VEINTICINCO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Las actividades desarrolladas se encuentran detalladas en el informe de ejecución contractual del mes correspondiente

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.



LUIS GARCIA DILSON
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,

LUZ ELENA PATIÑO OROZCO
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

ELKIN HUMBERTO GRANADA JIMENEZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	71946997
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			DILSON LUIS GARCIA
CIUDAD/MUNICIPIO:	APARTADO	DEPARTAMENTO:	ANTIOQUIA
DIRECCIÓN:	UR LAS COLINAS MZ D CS 17	TELÉFONO:	8280000
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**4392558037**		TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	mayo	AÑO 2021	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	mayo	AÑO 2021
DÍAS DE MORA:		0					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2021/06/08		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9995449937	

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
231001	231001-COLFONDOS	1	$ 174.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 174.800	$ 0	$ 174.800
SUBTOTALES:										**$ 174.800**	**$ 0**	**$ 174.800**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 136.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 136.500	$ 0	$ 0	$ 136.500
SUBTOTALES:													**$ 136.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 136.500**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 5.800	$ 5.800	$ 0	$ 0	$ 5.800
SUBTOTALES:									**$ 5.800**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 5.800**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																					PARAFISCALES						
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN								SALUD						ARP									CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
																											ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 71946997	GARCIA DILSON LUIS	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.596.000				NO	01							01-30										231001-COLFONDOS	30	$ 1.092.000	$ 174.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 174.800	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 1.092.000	$ 136.500	$ 0	$ 136.500	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.092.000	71946997	$ 5.800	$ 0	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 317.100**

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 18 de enero de 2015

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:

C.C.	**71946997**	**STIWARD PARRA MERIÑO**	**HIJASTRO**Elija un elemento.

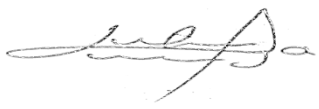
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Hijo entre 18 y 23 años, y me encuentro 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

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: DILSON LUIS GARCIA

C.C. 71.946.997

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:

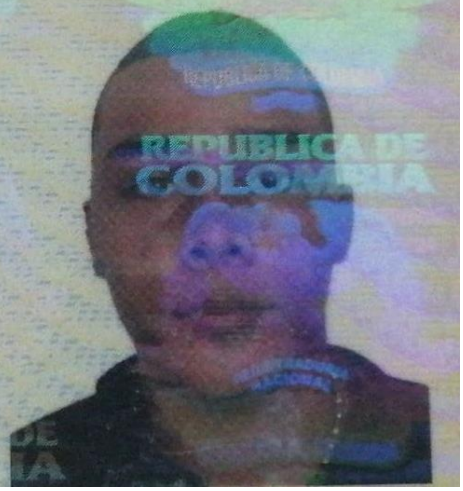
DEDUCCION	CONCEPTO	REQUISITOS
DEPENDIENTES	Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad.	Registro civil de nacimiento
	Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones 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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.001.534.261
PARRA FLOREZ

APELLIDOS
STIWUARD

NOMBRES
Stiwuard P.





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 31-DIC-2002
CAUCASIA
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.80
ESTATURA

O-
G.S. RH

M
SEXO

19-FEB-2021 APARTADO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-0103500-01217293-M-1001534261-20210222 0073522353A 1 8501562174

REPÚBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA
NOTARÍA ÚNICA DEL CÍRCULO DE APARTADÓ

SUPERINTENDENCIA
DE NOTARIADO
& REGISTRO
La guarda de la fe pública

DECLARACION EXTRAJUICIO N° 2764

En el Municipio de Apartadó, Departamento de Antioquia, República de Colombia, hoy 19 de Junio de 2021, ante mí WILMAR EMILIO DAVID JARAMILLO , NOTARIO UNICO DE APARTADO-ANTIOQUIA, compareció: GARCIA DILSON LUIS, dijo ser mayor de edad, natural de Apartadó-Antioquia, alfabeta, casado con MAYERLEN FLOREZ MERIÑO, con sociedad conyugal vigente, domiciliado(a), en la urbanización la colinas del municipio de Apartadó, teléfono 3206432328, para identificarse exhibió la cédula de ciudadanía 71946997 de Apartadó. El suscrito Notario le recibió el juramento de rigor previa la imposición del artículo 442 del Código Penal, con las prescripciones del decreto 1557 del 14 de Julio de 1989 y el artículo 188 del código General del Proceso, previa la amonestación sobre las implicaciones por faltar a la verdad y al preguntársele (s) sobre el objeto de su declaración manifiesta: A: Que soy quien vela por el bienestar y sustento económico de mi hijastro STIWUARD PARRA FLOREZ, identificado con cédula de ciudadanía 1.001.534.261 de Apartadó, quien vive conmigo bajo el mismo techo y depende de mí en un 100%. Rindo la presente declaración con el fin de cumplir con requisitos solicitados. Interrogado el declarante sobre qué más tiene para agregar, corregir o enmendar a su declaración?, CONTESTÓ: No. Luego de la lectura que Yo el Notario hice al Declarante del contenido de la presente acta, éste la aprueba y en constancia firma. Se suprime huella dactilar, Artículos 17 y 18 Decreto Ley 019 de 2012 e Instrucción Administrativa número 3296 del 29/08/2019. El declarante Mostró mente sana. Derechos $13.800, Iva$ 2.622 Doy Fe.

EL COMPARECIENTE:

Dilson Luis Garcia

GARCIA DILSON LUIS
C.C. 71946997 DE APARTADÓ

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO
WILMAR EMILIO DAVID JARAMILLO
NOTARIO
NOTARÍA ÚNICA DEL CÍRCULO
APARTADÓ - ANTIOQUIA

WILMAR EMILIO DAVID JARAMILLO
NOTARIO UNICO DE APARTADO-ANTIOQUIA

INSTITUCIÓN DE EDUCACIÓN
ICENF S.A.S
Aprobado Oficialmente Mediante Licencias de Funcionamiento;
Número 001 de enero 22 de 2010
Número 231 de Junio 08 de 2016
NIT: 900.560.495-9

ICENF- 244

Apartadó, 09 de marzo de 2021

LA INSTITUCIÓN DE EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y DESARROLLO HUMANO ICENF

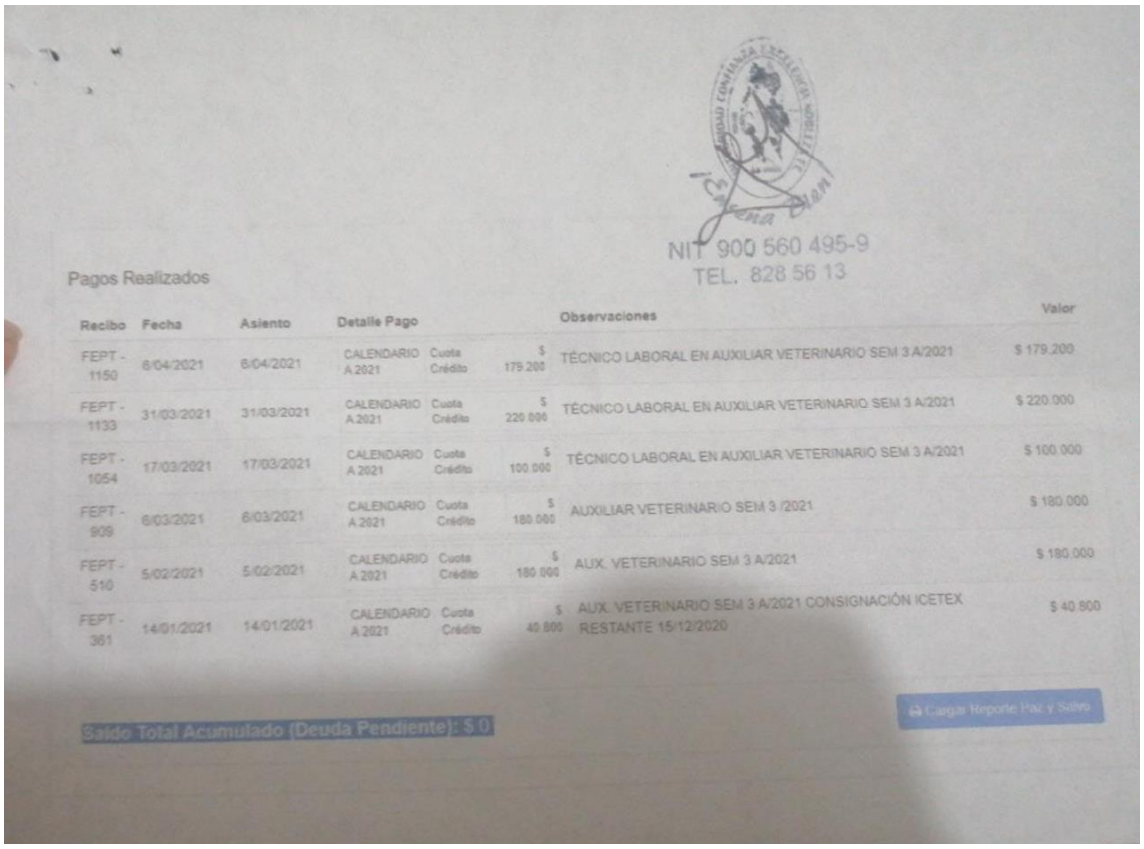
HACE CONSTAR:

Que, **STIWARD PARRA FLOREZ.** Identificado con cedula de ciudadanía N° 1.001.534.261, Estudiante matriculado cursando en el tercer (3) semestre del programa **TÉCNICO LABORAL POR COMPETENCIAS EN AUXILIAR VETERINARIO.** La modalidad de la técnica es presencial con horarios de lunes a viernes 8:00 a.m. a 1:00 p.m., con una intensidad horaria de 25 horas semanales, fecha inicio de semestre el día 01 de febrero de 2021, y fecha de culminación el día 30 de junio de 2021

Se expide a solicitud del interesado.

TIVISAI ALVAREZ MORENO
Asistente Académica
Institución de Educación ICENF S.A.S

Formación Integral con Calidad Humana Certificada!



NIT 900 560 495-9
TEL. 828 56 13

Pagos Realizados

Recibo	Fecha	Asiento	Detalle Pago			Observaciones	Valor
FEPT - 1150	6/04/2021	6/04/2021	CALENDARIO A 2021	Cuota Crédito	$ 179.200	TÉCNICO LABORAL EN AUXILIAR VETERINARIO SEM 3 A/2021	$ 179.200
FEPT - 1133	31/03/2021	31/03/2021	CALENDARIO A 2021	Cuota Crédito	$ 220.000	TÉCNICO LABORAL EN AUXILIAR VETERINARIO SEM 3 A/2021	$ 220.000
FEPT - 1054	17/03/2021	17/03/2021	CALENDARIO A 2021	Cuota Crédito	$ 100.000	TÉCNICO LABORAL EN AUXILIAR VETERINARIO SEM 3 A/2021	$ 100.000
FEPT - 909	6/03/2021	6/03/2021	CALENDARIO A 2021	Cuota Crédito	$ 180.000	AUXILIAR VETERINARIO SEM 3 /2021	$ 180.000
FEPT - 510	5/02/2021	5/02/2021	CALENDARIO A 2021	Cuota Crédito	$ 180.000	AUX. VETERINARIO SEM 3 A/2021	$ 180.000
FEPT - 361	14/01/2021	14/01/2021	CALENDARIO A 2021	Cuota Crédito	$ 40.800	AUX. VETERINARIO SEM 3 A/2021 CONSIGNACIÓN ICETEX RESTANTE 15/12/2020	$ 40.800

Saldo Total Acumulado (Deuda Pendiente): $ 0

Cargar Reporte Paz y Salvo