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 CAUCA
CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS - CAUCA - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION
Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1
Resolución DIAN Nº 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)

Código Regional	19
Código Centro	930710
Fecha Elaboración	Junio de 2021
Versión	JUNIO 2021 - 3,21
ID de Proceso	88600-832700
No. de documento	127048

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: / Correo electrónico contratista:	EDUARD IVAN PIEDRAHITA VELASCO epiedrahitave@sena.edu.co	C.C.	10.296.166	IP/Nº de contacto	0
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:		Tipo de cta		Nº Cuenta	
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:	2153227/2021		Nº Compromiso SIIF	7021	
Valor Total del Contrato	$ 35.870.800	N ° Pago	Periodo objeto de pago		Valor Bruto Pago
Saldo Anterior del Contrato	$ 21.945.800	6	Del 01/06/2021	Al 30/06/2021	$ 3.342.000,00
Nuevo Saldo del Contrato	$ 18.603.800		Legalización comisiones del periodo	$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)

Prestar los servicios personales de carácter temporal, para orientar formación profesional integral de manera presencial o virtual, en el programa de titulada presencial, conforme a las necesidades del centro de comercio y servicios - SENA Regional Cauca. Para el área de: Servicios farmacéuticos. PLAZO 10 MESESY 22 DIAS - VALOR MENSUAL $3.342.000

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.342.000	Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°		0,00%
		Retencion en la Fuente del Periodo		$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 3.342.000**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.998.675**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**		**$ 0**

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

	Junio	Mayo			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**8613523129**	Valor Base retención en la fuente	1.998.675,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.203.120	$ 1.203.120	Valor Base retención en la fuente ICA	2.999.100,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 150.400	$ 150.400	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 192.500	$ 192.500	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	$ 6.300	$ 6.300	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 300	5.998,00	0,200%
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	$ 334.200		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 580.928	$ -				
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 666.225		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	**$ 3.336.002,00**	

SON: TRES MILLONES TRESCIENTOS TREINTA Y SEIS MIL DOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

RECONOCER EL MODELO DE GESTIÓN SERVICIO FARMACÉUTICO, FARMACOVIGILANCIA Y SEGURIDAD DEL PACIENTE TENIENDO EN CUENTA DISPOSICIONES LEGA . ESTABLECER PROCEDIMIENTO DE FARMACOVIGILANCIA EN EL MARCO DEL MODELO DE GESTIÓN DEL SERVICIO FARMACÉUTICO Y TIPO DE ESTABLECIMIENTO FOMENTAR EN LOS USUARIOS EL USO RACIONAL Y SEGURO DE LOS MEDICAMENTOS EN EL MARCO DE LOS PRINCIPIOS DE LA FARMACOVIGILANCIA, LINEAMIE APLICAR LA MEJORA CONTINUA EN EL PROCESO DE FARMACOVIGILANCIA TENIENDO EN CUENTA LA POLÍTICA FARMACÉUTICA NACIONAL

PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:

1. Cumpli 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 veridica; 5. He leido y entendido la descripción de cada uno de los campos aqui diligenciados.

EDUARD IVAN PIEDRAHITA VELASCO
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 periodo 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,

HAROL ARMANDO ROSERO SALAZAR
COORDINADOR ACADÉMICO

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

JOHN JAIRO MOTTA CALDERON
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

ASOPAGOS s.a.

CONSTANCIA DE PAGO
Período Pensión: 2021-05
Período Salud : 2021-05

Se certifica que en la fecha 2021-06-16 la empresa PIEDRAHITA VELASCO EDUARD IVAN con documento de identificación CC 10296166 sucursal 0, canceló los aportes de seguridad social correspondientes al cotizante PIEDRAHITA VELASCO EDUARD IVAN identificado con CC-10296166, dirigido a las siguientes entidades administradoras:

Datos Aportante	
Identificación	Razón Social
CC-10296166	PIEDRAHITA VELASCO EDUARD IVAN

Datos Planilla			
Número Planilla	Tipo Planilla	Fecha de Pago	Tarifa Riesgos Laborales
8613523129	I	2021-06-16	0,00522

Datos Administradoras

Tipo	NIT	Código	Nombre	Dias
AFP	800224808	230301	PORVENIR	30
EPS	805001157	EPS018	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S.	30
ARL	860011153	14-23	ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	30

RESUMEN PLANILLA PAGADA

ASOPAGOS s.a.

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 10296166	0	PIEDRAHITA VELASCO EDUARD IVAN	I	0	POSITIVA - 14-23	ÚNICA	7490	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
19-1	CR 32 3 68		80000000			ZURDOOCORO@HOTMAIL.COM		N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERIODO PENSIÓN	PERIODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERES X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2021-05	2021-05	8613523129	I	2021-06-16	TODOS LOS CENTROS	CAUCA	POPAYAN	388.000	0	Banco Occidente
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LIMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	8604746199	2021-06-17	Pagada							

EMPLEADO					NOVEDADES														DIAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN				
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	EPST	AFPT	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot	ARL	IBC	Cot	Cot	Cot	Cot	Cot	Tipo Cot	Sub. Tipo Cot	Total	Exento de Parafiscales
1	CC 10296166	PIEDRAHITA VELASCO EDUARD IVAN	1.336.800																	0			30	30	0	30	PORVENIR-230301	1.336.800	213.900	0	0	SOS-EPS-EPS018	1.336.800	167.100	SIN CCF-SINCCF	0	0	1.336.800	7.000	0,00522	0	0	0	0	0	59	0	388.000	N

RESUMEN PLANILLA PAGADA

ASOPAGOS s.a.

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 10296166	0	PIEDRAHITA VELASCO EDUARD IVAN	I	0	POSITIVA - 14-23	ÚNICA	7490	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
19-1	CR 32 3 68		80000000			ZURDOOCORO@HOTMAIL.COM		N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERIODO PENSIÓN	PERIODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERES X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2021-05	2021-05	8613523129	I	2021-06-16	TODOS LOS CENTROS	CAUCA	POPAYAN	388.000	0	Banco Occidente
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LIMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	8604746199	2021-06-17	Pagada							

TOTALES IBC				
IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
1.336.800	1.336.800	1.336.800	0	0

RESUMEN DE PAGO								
SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 1)				1	213.900	0	0	213.900
PORVENIR	230301	800224808	8	1	213.900	0	0	213.900
EPS(Administradoras: 1)				1	167.100	0	0	167.100
SOS-EPS	EPS018	805001157	2	1	167.100	0	0	167.100
ARP(Administradoras: 1)				1	7.000	0	0	7.000
POSITIVA	14-23	860011153	6	1	7.000	0	0	7.000
Gran Total					388.000	0	0	388.000

ASOPAGOS s.a.
PAGADO

RESUMEN DE PAGO								
SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 1)				1	213.900	0	0	213.900
PORVENIR	230301	800224808	8	1	213.900	0	0	213.900
EPS(Administradoras: 1)				1	167.100	0	0	167.100
SOS-EPS	EPS018	805001157	2	1	167.100	0	0	167.100
ARP(Administradoras: 1)				1	7.000	0	0	7.000
POSITIVA	14-23	860011153	6	1	7.000	0	0	7.000
Gran Total					388.000	0	0	388.000

Banco AV Villas | Banco de Bogotá | Banco de Occidente | banco popular

COMPROBANTE DE TRANSACCIÓN

BANCO DE OCCIDENTE * 124 * 057 * 47032
08:58:36 2021/06/16 No Planilla: 8604746177
PRIO COTIZACION: 202105 Normal
VALOR PAGADO: 388,000.00 10276166319330S383
NOTA:EL PAGO DE LA PLANILLA NO.8604746177

HA SIDO REGISTRADO POR EL BANCO EN HORARIO NORMAL
CON NO. DE AUTORIZACION 31687080
TRANSACCION SUJETA A VERIFICACION.

Valor

$

Verifique antes de retirarse de la ventanilla que la información impresa corresponde a la operación ordenada al Banco. Conserve este comprobante. Los cheques estarán sujetos a la cláusula de buen cobro Art. 882 y a verificación posterior. Si hubiere errores o faltantes, el Banco queda autorizado para hacer los ajustes en la respectiva cuenta.

V.1.0.11.4.0.0 SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
despapeles 72462

CERTIFICACION DEPENDIENTES

POPAYAN, 17 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:

T.I.	**1058935327**	**VALENTINA PIEDRAHITA GITIERREZ**	**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,

Eduar Piedrahita
FIRMA

Nombre: Eduar IVON Piedrahita

C.C. 1029616G

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.058.935.327**

PIEDRAHITA GUTIERREZ

APELLIDOS

VALENTINA

NOMBRES



valentina

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **04-DIC-2010**

POPAYAN
(CAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

04-DIC-2028
FECHA DE VENCIMIENTO

O+ G S RH

F SEXO

26-DIC-2017 POPAYAN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1100100-00988442-F-1058935327-20180322 0060262241A 1 7754766486