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 BOYACÁ
CENTRO DE DESARROLLO AGROPECUARIO Y AGROINDUSTRIAL
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	**15**
Código Centro	**911010**
Fecha Elaboración	**Julio de 2021**
Versión	**JUNIO 2021 - 3,21**
ID de Proceso	**24149-906910**
No. de documento	**160540**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	JHON ALEXANDER NEIRA PLAZAS	**C.C.**	7.188.337	**IP/Nº de contacto**	3102844784
Correo electrónico contratista:	jneira@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:	BANCOLOMBIA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		60600031808	
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:	2557781/2021			**Nº Compromiso SIIF**		**28421**	
Valor Total del Contrato	$ 24.441.133	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 20.843.200	**2**	**Del**	**01/07/2021**	**Al**	**31/07/2021**	**$ 3.722.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 17.121.200		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

Prestar servicios personales de carácter temporal para planear y orientar la formación profesional integral que imparte el Centro de Desarrollo Agropecuario y Agroindustrial en el programa Articulación con la Educación Media- Doble Titulación en el área PECUARIA de acuerdo con la programación establecida."

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.722.000	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	**$ 3.722.000**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.194.050**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**		**$ 0**

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

	Julio	Junio			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**4403147762**	Valor Base retención en la fuente	2.194.050,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.488.800	$ 1.439.173	Valor Base retención en la fuente ICA	3.297.600,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 186.100	$ 179.900	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 238.300	$ 230.300	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 II	$ 15.600	$ 15.100	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 334	22.704,00	0,610%
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	$ 372.200		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 580.928	$ -				
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 731.350		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	**$ 3.699.296,00**	

SON: TRES MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y SEIS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

*1,2,/07/2021 REALIZACIÓN CURSO COMPLEMENTARIO DE 40 HORAS CON FICHA DE CARACTERIZACIÓN N°2363343 DENOMINADO PRACTICAS DE ALIMENTACION EN POLLOS DE ENGORDE. *6,7,8,9/07/2021 REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES DE ORDEN CURRICULAR PROGRAMADAS POR EL CENTRO COMO LO SON DILIGENCIA DE FORMATOS CORRESPONDIENTES A LAS FICHAS CON LAS QUE SE VIENEN EJECUTANDO ACTIVIDADES. *12,13/07/2021 EJECUTAR ACTIVIDADES ACADÉMICAS DE FORMACIÓN CON ESTUDIANTES DE LA DEL GRADO 10 Y 11 I.E EDUCATIVO AGROPECUARIO DEL MUNICIPIO DE CHIVATA FICHA 2259125 Y FICHA 2061650 *14,15/07/2021 EJECUTAR ACTIVIDADES ACADÉMICAS O DE FORMACIÓN CON ESTUDIANTES DE LA DEL GRADO 10 Y 11 I.E TÉCNICA ANTONIO RICAURTE DEL MUNICIPIO DE SANTANA FICHA 2259357 Y FICHA 2061873. *16,17,29/07/2021 EJECUTAR ACTIVIDADES ACADÉMICAS O DE FORMACIÓN CON ESTUDIANTES DE LA DEL GRADO 10 Y 11 I.E SANTA RITA DE CASIA Y NUESTRA SEÑORA DE LA "O" DEL MUNICIPIO DE BETEITIVA FICHA 2320126, FICHA 2259119 Y Y FICHA 2061627. *19 ,21/07/2021 EJECUTAR ACTIVIDADES ACADÉMICAS O DE FORMACIÓN CON ESTUDIANTES DE DEL GRADO 10 Y 11 I.E TÉCNICA AGROP AGROPECUARIA SAN RAFAEL MUNICIPIO DE RONDÓN FICHA 2259850 Y FICHA 2058932.

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.

JHON ALEXANDER NEIRA PLAZAS
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,

LUIS ALEJANDRO AGUIRRE CAMACHO
INSTRUCTOR G19

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

IVAN MAURICIO ROJAS RUIZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	7188337
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JHON ALEXANDER NEIRA PLAZAS NEIRA PLAZAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	MIRAFLORES	DEPARTAMENTO:	BOYACA
DIRECCIÓN:	CALLE 3 N. 11-39	TELÉFONO:	3111111
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:		**4403147762**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES junio	AÑO 2021	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES junio	AÑO 2021
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2021/07/21	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9996000805

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
230301	230301-PORVENIR	1	$ 230.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 230.300	$ 0	$ 230.300
SUBTOTALES:										**$ 230.300**	**$ 0**	**$ 230.300**

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
EPS042	EPS042 - COOSALUD	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 179.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 179.900	$ 0	$ 0	$ 179.900
SUBTOTALES:													**$ 179.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 179.900**

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	$ 15.100	$ 15.100	$ 0	$ 0	$ 15.100
SUBTOTALES:									**$ 15.100**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 15.100**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																	SEGURIDAD SOCIAL																					PARAFISCALES						
																										PENSIÓN								SALUD						ARP														
																													FSP		APORTES VOLUNTARIOS																								
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	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	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	CCF	ADMIN	TOTAL APORTE	SENA	TOTAL APORTE	ICBF	TOTAL APORTE	ESAP	TOTAL APORTE	MINEDU	TOTAL APORTE
1	CC 7188337	NEIRA PLAZAS JHON ALEXANDER	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.488.800				NO	02																230301-PORVENIR	29	$ 1.439.174	$ 230.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 230.300	EPS042 - COOSALUD	29	$ 1.439.174	$ 179.900	$ 0	$ 179.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	29	$ 1.439.174	7188337	$ 15.100		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 425.300**

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Duitama, 16 de julio 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:

NUIP - NIP	**1057842858**	**MAIA SALOME NEIRA SMITH**	**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,

Jhon Alexander Neira P.
FIRMA

Nombre: JHON ALEXANDER NEIRA PLAZAS

C.C. 7188377 DE TUNJA

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

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

NUIP 1057842858

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 41450814

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código E Y B

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

COLOMBIA. BOYACA. MIRAFLORES.

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
NEIRA.	SMITH.

Nombre(s)

MAIA SALOME.

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2015 Mes NOV Día 19	FEMENINO.	"O"	POSITIVO.

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

COLOMBIA. BOYACA. MIRAFLORES.

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO.	52674330-4.

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

SMITH BORDA JENNY JORLENI.

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 52.348.746 DE BOGOTA D.C.	COLOMBIANA.

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

NEIRA PLAZAS JHON ALEXANDER.

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 7.188.337 DE TUNJA.	COLOMBIANO.

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

NEIRA PLAZAS JHON ALEXANDER.

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. No. 7.188.337 DE TUNJA.	

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 2015 Mes NOV Día 23	JOSE E. LOZANO T. Nombre y firma

Notaria Unica Miraflores NOTARIO JOSE EDGAR LOZANO

El Notario único del Círculo de Miraflores, Departamento de Boyacá, República de Colombia HACE CONSTAR, que esta fotocopia coincide con el original que reposa en el protocolo de esta oficina.

23 NOV 2015

Notaria Única Miraflores NOTARIO JOSE EDGAR LOZANO

VALIDO PARA ACREDITAR PARENTESCO

— ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO —