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 SANTANDER
CENTRO INDUSTRIAL DEL DISEÑO Y LA MANUFACTURA-SANTANDER
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	**68**
Código Centro	**922510**
Fecha Elaboración	**31 de Agosto de 2021**
Versión	**JUNIO 2021 - 3,21**
ID de Proceso	**59254-960093**
No. de documento	**176561**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	RICARDO ALFONSO GONZALEZ VARGAS	**C.C.**	1.094.936.140	**IP/Nº de contacto**	3128422515
Correo electrónico contratista:	ragonzalez@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 ?**		SI	
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		75694302378	
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:	2218656/2021			**Nº Compromiso SIIF**		**14621**	
Valor Total del Contrato	$ 41.509.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 19.158.000	**7**	**Del**	**01/08/2021**	**Al**	**31/08/2021**	**$ 3.831.600,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 15.326.400		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

SERVICIOS PERSONALES: SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN DE CARÁCTER TEMPORAL COMO DESARROLLADOR FRONT END EN LA CONSTRUCCIÓN DE LOS RECURSOS EDUCATIVOS DIGITALES DE PROGRAMAS EN LAS DIFERENTES MODALIDADES PL 10M Y 25D V/M $3.831.600

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.831.600		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	**$ 3.831.600**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.258.655**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Agosto	Julio
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**9422578082**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.532.640	$ 1.532.640
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 191.600	$ 191.600
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 245.300	$ 245.300
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 8.100	$ 8.100
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	$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Dependientes hasta $ 1.161.856	$ 383.160	
Salud hasta $ 580.928	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 752.885	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.258.655,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.394.700,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299	22.990,00	0,600%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	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	**$ 3.808.610,00**	

SON: TRES MILLONES OCHOCIENTOS OCHO MIL SEISCIENTOS DIEZ PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Realice la maquetación en los programas asignados: a)TECNÓLOGO Desarrollo de colecciones para la industria de la moda. b) Tecnólogo en Supervisión en procesos de confección. Realice el desarrollo y montaje en los programas asignados: a)TECNÓLOGO Desarrollo de colecciones para la industria de la moda. b) Tecnólogo en Supervisión en procesos de confección.
Desarrolle plantillas y montaje web en los programas asignados: a)TECNÓLOGO Desarrollo de colecciones para la industria de la moda. b) Tecnólogo en Supervisión en procesos de confección. Se valido la información, al igual que las respectivas pruebas a recursos de los siguientes programas: a) TECNÓLOGO Desarrollo de colecciones para la industria de la moda.
b) Tecnólogo en Supervisión en procesos de confección. Se generan los paquetes de entrega de los recursos en los programas asignados: a) TECNÓLOGO Desarrollo de colecciones para la industria de la moda. b) Tecnólogo en Supervisión en procesos de confección.
Resolvi los requerimientos de ajustes en los programas asignados: a)TECNÓLOGO Desarrollo de colecciones para la industria de la moda

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.

RICARDO ALFONSO GONZALEZ VARGAS
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,

RAFAEL NEFTALI LIZCANO REYES
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

JUAN MANUEL CASTILLO CALDERON
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

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 1094936140		GONZALEZ VARGAS RICARDO ALFONSO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	LA PAVONA MZ O # 9	ARMENIA-QUINDIO	7328988	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-07	2021-07	1084599528	9422578082	I	2021/08/10	2021/08/05	BANCOLOMBIA	0	$445,000

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
1	CC	1094936140	GONZALEZ RICARDO	25-14	30	$1,532,640	$245,300	EPS010	30	$1,532,640	$191,600		0	$0	$0	14-23	30	$1,532,640	$8,100	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					**$1,532,640**	**$245,300**			**$1,532,640**	**$191,600**			**$0**	**$0**			**$1,532,640**	**$8,100**		**$0**	**$0**

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$245,300	$0	$0	$245,300
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$245,300	$0	$0	$245,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$8,100	$0	$0	$8,100
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$8,100	$0	$0	$8,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$191,600	$0	$0	$191,600
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$191,600	$0	$0	$191,600
TOTAL				1	$445,000	$0	$0	$445,000

2021/08/05 09:13 AM

Comprobante

de pago en línea

APORTES EN LINEA

Pago realizado por: RICARDO ALFONSO GONZALEZ VARGAS

Nro. de recibo: 9422578082

Descripción del pago: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9422578082

Identificación del contribuyente: 186.144.201.111

Concepto: CC

Razón Social: 1094936140

Fecha y hora de la transacción: Jueves 5 de Agosto de 2021 09:11:37 AM

Nro. de comprobante: 0000001705

Valor pagado: $ 445,000.00

Cuenta: *******2378

Bancolombia S.A.

Comuníquese con nuestra Sucursal Telefónica Bancolombia: Bogotá 343 0000 - Medellín 510 9000 - Cali 554 0505 - Barranquilla 361 8888 - Cartagena 693 4400 - Bucaramanga 697 2525 - Pereira 340 1213 - El resto del país 01 800 09 12345 - Sucursales Telefónicas en el exterior: España 900 995 717 - Estados Unidos 1866 379 9714, en caso de recibir una alerta o notificación de una transacción que presenta alguna irregularidad.

Bancolombia nunca le solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com

Floridablanca, 31/08/2021

Señores
Grupo Administración de Salarios (Digeneral)
Grupo de Apoyo Administrativo Mixto (Regional Santander)
Servicio Nacional de Aprendizaje SENA
Floridablanca

Asunto: Solicitud deducible retención en fuente por dependientes

Estimados señores:

Con la presente solicito que de acuerdo con el Articulo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el Artículo 2º. Párrafo 3ro. del Decreto 099 del 2013, se tenga en cuenta como deducible de mis ingresos brutos provenientes de la relación laboral por el concepto de dependientes, los cuales relaciono a continuación:

Apellidos y Nombre	**Documento Identidad**	**Calidad del Dependiente**
MÁRTIN GONZÁLEZ SALAZAR	**1090280794**	**1. Hijos menores 18 años.**

Certifico bajo la gravedad de juramento la información consignada en esta solicitud y me comprometo a enviar solicitud de revocación de aplicación del deducible por dependientes en el caso en que cesen las condiciones que dan origen a esta solicitud.

Cordialmente,



Ricardo Alfonso González Salazar
1094936140.

Anexo: Relación de documentos que anexa el trabajador.

- Registro civil de nacimiento X_____
- Certificado de estudios. _____
- Certificado contador público. _____
- Certificado medicina legal. _____

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1.090.280.794

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 53064785

5306478 5

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
☐	X	01	☐	☐	☐	N1Z

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

COLOMBIA QUINDIO ARMENIA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
GONZALEZ **********	SALAZAR**********

Nombre(s)
********** MARTIN **********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2017 Mes ENE Día 04	MASCULINO	A	POSITIVO

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

COLOMBIA QUINDIO ARMENIA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	No 13813576-1

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos
SALAZAR ROJAS LUISA FERNANDA **********

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C 1.094.880.035 DE ARMENIA/QUINDIO **********	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos
GONZALEZ VARGAS RICARDO ALFONSO **********

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C 1.094.936.140 DE ARMENIA/QUINDIO **********	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos
SALAZAR ROJAS LUISA FERNANDA **********

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
C.C 1.094.880.035 DE ARMENIA/QUINDIO **********	Luisa Fda. Salazar

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
**********	**********

NOTARIA PRIMERA
CIRCULO DE ARMENIA QUINDIO

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2017 Mes ENE Día 20	JAVIER OCAMPO CANO NOTARIO PRIMERO Nombre y firma

IMPRESO POR NARANJO IGUARA FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800.175.457-6 TEL. CRA 21#

SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Escaneado con CamScanner