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 AGROTURISTICO - SANTANDER - 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	**68**
Código Centro	**954110**
Fecha Elaboración	**Agosto de 2021**
Versión	**JUNIO 2021 - 3,21**
ID de Proceso	**17818-533542**
No. de documento	**190365**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	YURI ALEJANDRA MARTINEZ GOMEZ	**C.C.**	1.103.712.694	**IP/Nº de contacto**	73866
Correo electrónico contratista:	ymartinezgo@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:	BANCO BBVA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		0839147410	
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:	2583252/2021			**Nº Compromiso SIIF**		**82521**	
Valor Total del Contrato	$ 20.100.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 14.204.000	**3**	**Del**	**01/08/2021**	**Al**	**31/08/2021**	**$ 3.216.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 10.988.000		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

Prestar los servicios personales como instructor para impartir formación titulada, complementaria y/o Virtualizacion en el área de Enfermeria en los diferentes programas que atiende el centro agroturistico regional santander

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.216.000	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	**$ 3.216.000**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.895.775**	**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	----------	**9423353756**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.286.400	$ 1.366.800
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 160.800	$ 170.900
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 205.900	$ 218.700
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL III	$ 31.400	$ 33.300
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	$ 321.600	
Salud hasta $ 580.928	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 631.925	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	1.895.775,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	2.849.300,00	
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	0,00	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	**$ 3.216.000,00**	

SON: TRES MILLONES DOSCIENTOS DIECISEIS MIL PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Formación Titulada Presencial – Regular Ficha 2278737 PROGRAMA TECNICO AUXILIAR EN SALUD PUBLICA
COMPETENCIA DE APRENDIZAJE: promocionar acciones de salud de acuerdo con la normativa de salud pública DEL 2 AL 4 DE AGOSTO 21
Realizar acciones básicas para la atención de una persona con afectación de la salud. del 5 al 12 de agosto: 30 h
COMPETENCIA DE APRENDIZAJE: PROMOCIONAR ACCIONES DE SALUD DE ACUERDO CON LA NORMATIVA DE SALUD PÚBLICA.
COMPETENCIA DE APRENDIZAJE: IDENTIFICAR LAS COMUNIDADES Y CLASIFICAR LAS CONDICIONES DE CALIDAD DE VIDA Y SALUD EN EL TERRITORIO.
CARACTERIZAR SITUACIÓN DE SALUD SEGÚN METODOLOGÍA DE ANÁLISIS Y NORMATIVA.13 al 20 de agosto: 24 horas Actividad de Aprendizaje
Desarrollar acciones de promoción y prevención encaminado al cuidado de la salud de la comunidad. COMPETENCIA
CARACTERIZAR SITUACIÓN DE SALUD SEGÚN METODOLOGÍA DE ANÁLISIS Y NORMATIVA.del 23 al 30 de agosto 30 horas TOTAL DE 96 HORAS

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.

YURI ALEJANDRA MARTINEZ GOMEZ
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,

JOHON FREDY SANABRIA MUNOZ
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

OSCAR JULIAN GELVEZ LOZANO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

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 1103712694		MARTINEZ GOMEZ YURI ALEJANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 13 N 9 - 53 APT 301	SOCORRO-SANTANDER	7240000	No

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	1093983004	9423353756	I	2021/08/24	2021/08/13	NEQUI	0	$422,900

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
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,366,800	$218,700			$1,366,800	$170,900			$0	$0			$1,366,800	$33,300		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,366,800	$218,700			$1,366,800	$170,900			$0	$0			$1,366,800	$33,300		$0	$0
Ciudad: SOCORRO Depto: SANTANDER (1 Afiliados)					$1,366,800	$218,700			$1,366,800	$170,900			$0	$0			$1,366,800	$33,300		$0	$0
1	CC	1103712694 MARTINEZ YURI	230301	30	$1,366,800	$218,700	EPS037	30	$1,366,800	$170,900		0	$0	$0	14-23	30	$1,366,800	$33,300	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$1,366,800	$218,700			$1,366,800	$170,900			$0	$0			$1,366,800	$33,300		$0	$0

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 1103712694		MARTINEZ GOMEZ YURI ALEJANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 13 N 9 - 53 APT 301	SOCORRO-SANTANDER	7240000	No

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	1093983004	9423353756	I	2021/08/24	2021/08/13	NEQUI	0	$422,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,700	$0	$0	$218,700
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$218,700	$0	$0	$218,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$33,300	$0	$0	$33,300
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$33,300	$0	$0	$33,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$170,900	$0	$0	$170,900
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$170,900	$0	$0	$170,900
TOTAL				**1**	**$422,900**	**$0**	**$0**	**$422,900**

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

San gil, 31 de agosto 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	**1098822954**	**Juan Felipe Valenciano Martínez**	**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: Yuri Alejandra Martínez Gómez

C.C. 1.103.712.694

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número: N 0727856

NUIP 1.098.822.954

Tipo de certificado | Datos Esenciales ☐ | Acreditar Parentesco ☐

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos

VALENCIANO MARTINEZ JUAN FELIPE

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)			Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año 2017	Mes SEP	Día 22	MASCULINO	O +

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

COLOMBIA SANTANDER BUCARAMANGA

Fecha de Inscripción (Mes en letras)			Indicativo serial
Año 2017	Mes SEP	Día 29	0152595618

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos

MARTINEZ GOMEZ YURI ALEJANDRA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.103.712.694	COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos

VALENCIANO CALA JONATAN FERNANDO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 1.098.720.055	COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos

VALENCIANO CALA JONATAN FERNANDO

Documento de Identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA 1.098.720.055

Espacio para notas

TRAMITES LEGALES

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio	Código
COLOMBIA SANTANDER BUCARAMANGA	0 X

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)			Nombre y firma del funcionario
Año 2017	Mes SEP	Día 29	RAUL ARMANDO RICO GALEANO Registrador del Estado Civil

Adhesivo Copia Firma Civil
REGISTRADURIA 20842020-2

Scanned by CamScanner