

 <p>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</p>	<p align="center">DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES)</p> <p align="center">REGIONAL ATLÁNTICO</p> <p align="center">CENTRO INDUSTRIAL Y DE AVIACIÓN- ATLÁNTICO</p>		<p>Código Regional</p>	8
			<p>Código Centro</p>	920810
			<p>Fecha Elaboración</p>	Setiembre de 2021
			<p>Versión</p>	JUNIO 2021 - 3,21
			<p>ID de Proceso</p>	35796-080395
<p>Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1</p> <p>Resolución DIAN N° 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)</p>			<p>No. de documento</p>	202962
<p align="center">DATOS DEL CONTRATISTA</p>				
<p>Nombres y apellidos contratista: YITZHAK SAMIR CEPEDA BOLAÑO</p> <p>Correo electrónico contratista: yitzhak0506@gmail.com</p>		<p>C.C. 1.043.872.743</p>	<p>IP/N° de contacto 0</p>	
<p>Régimen del IVA: ☐ NO RESPONSABLE ☒ Pertenece al régimen simple de tributación?</p>		<p>☐ NO ☒ Es declarante de renta?</p>	<p>☐ NO ☒ Es Pensionado?</p>	
<p>Sus ingresos en el 2020 Superaron \$49'849.000 ☐ NO ☒</p>		<p>Inducción SST ☐ SI ☒</p>	<p>Presta Servicios Excluidos de IVA ? ☐ NO ☒</p>	
<p>Banco al cual consignar: BANCO BBVA</p>		<p>Tipo de cta AHORROS</p>	<p>N° Cuenta 270061351</p>	
<p>Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato? ☐ NO ☒</p>		<p>Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2021 supera los \$ 119'806.000 ☐ NO ☒</p>		
<p align="center">DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO</p>				
<p>N° del contrato: 2135424/2021</p>		<p>N° Compromiso SIIF 1721</p>		
<p>Valor Total del Contrato \$ 28.263.200</p>		<p>N ° Pago 9</p>	<p>Periodo objeto de pago</p>	
<p>Saldo Anterior del Contrato \$ 9.888.000</p>		<p>Del 01/09/2021 Al 30/09/2021</p>		<p>Valor Bruto Pago \$ 2.472.000,00</p>
<p>Nuevo Saldo del Contrato \$ 7.416.000</p>		<p>Legalización comisiones del periodo \$ 0,00</p>		
<p>OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)</p>		<p>REGISTRO CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PERSONALES COMO APOYO ADMINISTRATIVO A LA COORDINACION DEL GRUPO DE FORMACION INTEGRAL DEL CENTRO,</p>		
<p align="center">RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO</p>				
<p>Ingresos por honorarios</p>		<p>\$ 2.472.000</p>	<p>Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°</p>	
<p>Ingresos de otros meses cobrados en el mes</p>		<p>\$ 0</p>	<p>Retención en la Fuente del Periodo</p>	
<p>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</p>		<p>\$ 2.472.000</p>	<p>Menos, Rete Fuente Otros Ingresos</p>	
<p>BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE</p>		<p>\$ 1.642.575</p>	<p>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</p>	
			<p>\$ 0</p>	
			<p>\$ 0</p>	
			<p>\$ 0</p>	
<p align="center">LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR</p>				
<p>N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS</p>		<p>Setiembre</p>	<p>Agosto</p>	<p>Valor Base retención en la fuente</p>
<p>Ingreso Base de Cotización - IBC</p>		<p>-----</p>	<p>7807602286</p>	<p>Valor Base retención en la fuente ICA</p>
<p>Aporte obligatorio a seguridad social salud</p>		<p>\$ 988.800</p>	<p>\$ 988.800</p>	<p>Valor base IVA</p>
<p>Aporte obligatorio a seguridad social Pensión</p>		<p>\$ 123.600</p>	<p>\$ 123.600</p>	<p>IVA (Si es RESPONSABLE)</p>
<p>Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional</p>		<p>\$ 158.300</p>	<p>\$ 158.300</p>	<p>Menos Retención en la Fuente</p>
<p>ARL</p>		<p>\$ -</p>	<p>\$ 0</p>	<p>Menos Retención IVA</p>
<p>Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias</p>		<p>\$ 5.200</p>	<p>\$ 5.200</p>	<p>Reteica - 8299</p>
<p>Aportes voluntarios a cuentas AFC</p>		<p>\$ -</p>	<p>-</p>	<p>21.901,00</p>
<p>Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.522.064</p>		<p>\$ -</p>	<p>-</p>	<p>0,00</p>
<p>Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.630.800</p>		<p>\$ -</p>	<p>-</p>	<p>0,00</p>
<p>Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes</p>		<p>\$ -</p>	<p>-</p>	<p>0,00</p>
<p>Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes</p>		<p>\$ -</p>	<p>-</p>	<p>0,00</p>
<p>Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes</p>		<p>\$ -</p>	<p>-</p>	<p>0,00</p>
<p>Dependientes hasta \$ 1.161.856</p>		<p>\$ -</p>	<p>-</p>	<p>0,00</p>
<p>Salud hasta \$ 580.928</p>		<p>\$ -</p>	<p>-</p>	<p>0,00</p>
<p>Renta Exenta 25% \$ 8.713.920</p>		<p>\$ 547.525</p>	<p>-</p>	<p>0,00</p>
<p>Retención en la Fuente Contingente</p>		<p>\$ -</p>	<p>-</p>	<p>0,00</p>
				<p>VALOR A PAGAR</p>
				<p>\$ 2.450.099,00</p>
<p align="center">SON: DOS MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA MIL NOVENTA Y NUEVE PESOS M/CTE</p>				
<p align="center">ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO</p>				
<p>Apoyar las actividades de registro de la información en SOFIA PLUS.</p> <p>Seguimiento PQRS.</p> <p>Responder a solicitudes de retiros voluntarios quejas de la formación, certificación, verificación de aprendices en el aplicativo SOFI</p> <p>Llevar a cabo el proceso de certificación de las formación, titulada, complementaria presencial y virtual.</p> <p>Atención al Cliente interno y externo</p> <p>Cargar alternativas de etapa productiva (diferente a contrato de aprendizaje) a los aprendices en en el aplicativo SOFIA PLUS.</p> <p>Apoyo a la oficina de Administración Educativa</p> <p>Seguimiento a evaluación de fichas</p> <p>Apoyo a la Formación Profesional.</p>				
<p>PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:</p>				
<p>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.</p>				
<p align="right">YITZHAK SAMIR CEPEDA BOLAÑO EL CONTRATISTA</p>				
<p align="center">CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>				
<p>En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:</p>				
<p>1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;</p>				
<p>2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;</p>				
<p>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.</p>				
<p align="right">MARIO WILMER ESCORCIA GARCIA PROFESIONAL G01</p>				
<p align="center">Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:</p>				
<p align="center">EL ORDENADOR DEL PAGO</p>				
<p align="center">JOSE GREGORIO SUAREZ CONTRERAS SUBDIRECTOR DE CENTRO G02</p>				

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1043872743
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	YITZHAK SAMIR CEPEDA BOLANO	
CIUDAD/MUNICIPIO:	BARRANQUILLA DEPARTAMENTO:	ATLANTICO
DIRECCIÓN:	CLL 9 N 4A 55 PALMAR DE	TELÉFONO: 3333333
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	7807602286	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: agosto	PERIODO COTIZACIÓN MES: agosto
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2021	SALUD: AÑO: 2021
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2021/09/10	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 1098775423

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800229739	230201	230201- PROTECCION	1	\$ 158.400
SUBTOTAL:			1	\$ 158.400
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800088702	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	\$ 123.800
SUBTOTAL:			1	\$ 123.800
TOTAL PAGADO:				\$ 282.200