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	**30 Setiembre de 2021**
Versión	**JUNIO 2021 - 3,21**
ID de Proceso	**84220-073700**
No. de documento	**222876**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	JAIME DURAN FUENTES	**C.C.**	91.107.567	**IP/Nº de contacto**	3123641942
Correo electrónico contratista:	jafuentes@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**	839156890		
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:	2406347/2021			**Nº Compromiso SIIF**	**46021**		
Valor Total del Contrato	$ 23.450.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 7.604.500	**6**	**Del**	**01/09/2021**	**Al**	**30/09/2021**	**$ 2.412.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 5.192.500		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 Ciencias Administrativas en los diferentes programas que atiende el centro agroturistico regional santander

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.412.000		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	**$ 2.412.000**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.421.850**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Setiembre	Agosto
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**8615356137**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 964.800	$ 1.005.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 120.600	$ 125.700
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 154.400	$ 160.800
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 10.100	$ 10.500
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	$ 241.200	
Salud hasta $ 580.928	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 473.950	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	1.421.850,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	2.137.000,00	
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	**$ 2.412.000,00**	

SON: DOS MILLONES CUATROCIENTOS DOCE MIL PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

```
*Ficha:2414932 Prog. Atención y Servicio al Cliente Act. Aprend: Identifica y desarrolla la idea de negocio
Fechas: 13, 14, 15, 16, 17, 18, 20 y 21 de Septiembre Total hs:40
*Ficha:2422689 Prog. Cont Op Com y Financ Act. Aprend:Reconoce cultura emprendedora/Identifica y desarrolla
Fechas: 27 y 28 de Septiembre Total hs:12
*Ficha:2422689 Prog. Atención y Servicio al Cliente Act. Aprend: Identifica y desarrolla la idea de negocio
Fechas: 27, 28, 29 y 30 de Septiembre Total hs:20
Total horas mensual:72
```

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.

JAIME DURAN FUENTES
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

RAZON SOCIAL :	JAIME DURAN FUENTES
IDENTIFICACION:	CC-91107567
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2021-09-15
FECHA LIMITE DE PAGO:	2021-09-15
FECHA DE PAGO:	2021-09-14
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO AGRARIO
PERIODO PENSION:	2021-08
PERIODO SALUD:	2021-08
NUMERO PLANILLA:	8615356137
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8615356137
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	$ 1.065.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 133.200	$ 133.200
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 1.065.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 170.400	$ 170.400
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 1.065.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 11.200	$ 11.200
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 314.800	$ 314.800

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	15/10/2021

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

San gil, 30 de septiembre 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 la calidad de dependiente a mi cargo:

T.I.	**1102490107**	**DANIEL ENRIQUE DURAN CESPEDES**	**HIJO**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Cónyuge o compañero que se encuentra en situación de dependencia, por ingresos en el año menores a 260 UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.

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: JAIME DURAN FUENTES

C.C. 91107567

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

REPUBLICA DE COLOMBIA Depto de Santander Notaria 2a DEL CIRCULO DEL SOCORRO

NUIP 1102490107

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 51317186

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 02 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código R 8 L

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

COLOMBIA-SANTANDER-SOCORRO

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
DURAN	CESPEDES

Nombre(s)

DANIEL ENRIQUE

Fecha de nacimiento			Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2014	Mes MAY	Día 27	MASCULINO	"O"	POSITIVO

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

COLOMBIA-SANTANDER-SOCORRO

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	12494715-8

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: CESPEDES ROJAS SANDRA MILENA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 37.947.277 DEL SOCORRO (STDER)	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: DURAN FUENTES JAIME

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 91.107.567 DEL SOCORRO (STDER)	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: DURAN FUENTES JAIME

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. No. 91.107.567 DEL SOCORRO (STDER)	

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 2014 Mes JUN Día 06	EFRAIN FANDIÑO MARIN Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO