

 <p>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</p>	DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES)		Código Regional	50
	REGIONAL META		Código Centro	911710
	CENTRO AGROINDUSTRIAL DEL META-EMPRENDE RURAL		Fecha Elaboración	Octubre de 2021
	Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Versión	JUNIO 2021 - 3,21
	Resolución DIAN N° 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)		ID de Proceso	96938-818231
			No. de documento	232804

DATOS DEL CONTRATISTA			
Nombres y apellidos contratista:	LUIS JORGE BERNAL DIAZ	C.C.	11.435.579
Correo electrónico contratista:	lbernald@sena.edu.co	IP/N° de contacto	17955
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:	DAVIVIENDA	Tipo de cta	AHORROS
		N° Cuenta	570456170177608
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			
N° del contrato:	2304913/2021	N° Compromiso SIIF	23521
Valor Total del Contrato	\$ 36.465.161	N° Pago	9
Saldo Anterior del Contrato	\$ 9.774.167	Periodo objeto de pago	Del 01/10/2021 Al 31/10/2021
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 6.014.872	Legalización comisiones del periodo	\$ 0,00
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)			
SPrestar servicios profesionales de carácter temporal como instructor técnico y apoyo a la gestión del emprendimiento y/o la empleabilidad rural o instructor de emprendimiento y apoyo a la gestión del emprendimiento rural en la modalidad presencial y/o a distancia, enmarcada en los lineamientos del programa SENA Emprende Rural SER.			

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Ingresos por honorarios	\$ 3.759.295	Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°	0,00%
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 3.759.295	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 2.216.074	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR			
	Octubre	Setiembre	
N° Planilla PILA, o, N° Radicación pago SS	-----	9424774983	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.503.718	\$ 1.503.718	Valor Base retención en la fuente 2.216.074,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 188.000	\$ 188.000	Valor Base retención en la fuente ICA 3.330.695,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 240.600	\$ 240.600	Valor base IVA 0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00
ARL II	\$ 15.700	\$ 15.700	Menos Retención en la Fuente 0,00
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -		Menos Retención IVA 0,00
Aportes voluntarios a cuentas AFC	\$ -		Reteica - 8299 13.323,00
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.522.064	\$ -		0,400%
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.630.800	\$ -		
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones 0,00
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		0,000%
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones 0,00
Dependientes hasta \$ 1.161.856	\$ 375.930		0,000%
Salud hasta \$ 580.928	\$ -		Otras Retenciones 0,00
Renta Exenta 25% \$ 8.713.920	\$ 738.691		0,000%
Retención en la Fuente Contingente \$ -			Otras Retenciones 0,00
			Descuentos de Libranza 0,00
			Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00
			VALOR A PAGAR \$ 3.745.972,00

SON: TRES MILLONES SETECIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS SETENTA Y DOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO	
Desarrollo de acciones de Formación - Fichas en Ejecución: 1. Recuperación de los Recursos Agropecuarios locales para programas de Soberanía y Seguridad Alimentaria en contextos interculturales Ficha 2295962 Horas: 18 Municipio San Martín Ficha 2303362 Horas: 14 Municipio Cubarral Ficha 2322054 Horas: 16 Municipio El Castillo 2. Emprendedor en Sistemas Ganaderos Doble Propósito Ficha 2310196 Horas: 40 Municipio Cubarral 3. Implementación de las Buenas Prácticas Ganaderas para el Aseguramiento de la Inocuidad en la Producción de Leche Ficha 2405617 Horas: 88 Municipio San Martín Total Horas: 176 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.	 LUIS JORGE BERNAL DIAZ EL CONTRATISTA
--	--

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO	
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí 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 ANGEL AGUILERA MARTINEZ INSTRUCTOR G20

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

BELISARIO GOMEZ PERDOMO
 SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 11435579		BERNAL DIAZ LUIS JORGE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 41 No. 14-06	VILLAVICENCIO-META	6666744	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2021-09	2021-09	17237866		9424774983	I	2021/10/20	2021/10/08	BANCO DE OCCIDENTE	\$444,300

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
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,503,718	\$240,600			\$1,503,718	\$188,000			\$0	\$0			\$1,503,718	\$15,700	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,503,718	\$240,600			\$1,503,718	\$188,000			\$0	\$0			\$1,503,718	\$15,700	\$0
Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META (1 Afiliados)					\$1,503,718	\$240,600			\$1,503,718	\$188,000			\$0	\$0			\$1,503,718	\$15,700	\$0
1	CC	11435579	BERNAL LUIS	25-14	30	\$1,503,718	\$240,600	EPS002	30	\$1,503,718	\$188,000	0		\$0	14-23	30	\$1,503,718	\$15,700	0
Total Afiliados(1)					\$1,503,718	\$240,600			\$1,503,718	\$188,000			\$0	\$0			\$1,503,718	\$15,700	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 11435579		BERNAL DIAZ LUIS JORGE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 41 No. 14-06	VILLAVICENCIO-META	6666744	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-09	2021-09	17237866	9424774983	I	2021/10/20	2021/10/08	BANCO DE OCCIDENTE	0	\$444,300

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$240,600	\$0	\$0	\$240,600	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$240,600	\$0	\$0	\$240,600	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$15,700	\$0	\$0	\$15,700	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$15,700	\$0	\$0	\$15,700	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$188,000	\$0	\$0	\$188,000	
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	\$188,000	\$0	\$0	\$188,000	
TOTAL				1	\$444,300	\$0	\$0	\$444,300	

puntored

Facilita tus Pagos y Servicios

PAGO DE PLANILLAS

TRANSACCIÓN EXITOSA

Fecha	08/10/2021
Hora	10:14:50
Terminal	304712
Cod. Convenio	1506
Comercio	402516
No. aprob Banco	237866
Referencia	****4983
No. aprob Puntored	000254220335
Valor	\$444.300
Usuario de Venta	JESSICA ALEJANDRA

Línea de atención Nacional 01 8000 512 825

Opción 4

Bogota 7432626 Opción 4
bancosaval@en-contacto.co

BANCO DE OCCIDENTE
VIGILADO SUPERINTENDENCIA
FINANCIERA DE COLOMBIA

Villavicencio, 15/Octubre/2021

Señores

Grupo de Apoyo Administrativo Mixto – Regional Meta

Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

Ciudad

Asunto: Solicitud deducible retención en la fuente por dependientes.

Estimados señores:

Con la presente solicito que de acuerdo con el Artículo 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:
Paula Catalina Bernal Colmenares	R.C. 1.070.384.899	Es mi hija menor de 18 años de edad, según consta en el registro civil de nacimiento, el cual se adjunta.

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,



LUIS JORGE BERNAL DIAZ

C.C. 11.435.579 de Facativá

Anexo: Relación de documentos que anexa el trabajador.

- | | |
|---------------------------------|----|
| - Registro civil de nacimiento | Si |
| - Certificado de estudios. | No |
| - Certificado contador público. | No |
| - Certificado medicina legal. | No |

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

NUIP **1070384899**

**REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO**

Indicativo Serial **37534799**

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina							
Registraduría ☐	Notaría ☒	Número 02	Contestado ☐	Corregimiento ☐	Inspección de Policía ☐	Código J 4 K	
País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía							

Datos del inscrito							
Primer Apellido BERNAL				Segundo Apellido COLMENARES			
Nombre PAULA CATALINA							
Fecha de nacimiento		Sexo (en letras)		Grupo sanguíneo		Factor RH	
Año 2004	Mes AGO	Día 25	FEMENINO	A	POS		
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección)							
COLOMBIA-CUNDINAMARCA-FACATATIVA							

Tipo de documento que contiene o función del certificado	Número certificado de nacimiento
CERTIFICADO MEDICO	A5436276

Datos de la madre	
Apellidos y nombres completos COLMENARES HERNANDEZ ANGELICA MARIA	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC N° 35.526.808 DE FACATATIVA	COLOMBIANA

Datos del padre	
Apellidos y nombres completos BERNAL DIAZ LUIS JORGE	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC N° 11.435.579 DE FACATATIVA	COLOMBIANA

Datos del declarante	
Apellidos y nombres completos BERNAL DIAZ LUIS JORGE	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC N° 11.435.579 DE FACATATIVA	<i>Luis Jorge Bernal</i>

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 2004 Mes AGO Día 27	JORGE HERNANDEZ RICO ORILLO
	Notario, Segundo Registrador y firma

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

ES FIEL COPIA DEL ORIGINAL, SE EXPIDE EN FACATATIVA A
LOS : **28 AGO. 2004** SE EXPIDE A SOLICITUD DEL

REPÚBLICA DE COLOMBIA	
Ministerio de Salud	
Este certificado tiene validez si está al día en sus pagos	
1070384899	BERNAL COLMENARES PAULA CATALINA
35526808	09/01/2004
6001666	6001666
NINGUNO	NIJO MENOR DE 18 AÑOS 10117196

EL NOTARIO,

