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 TURISTICO Y AGROEMPRESARIAL-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	**954110**
Fecha Elaboración	**31 de Octubre de 2021**
Versión	**JUNIO 2021 - 3,21**
ID de Proceso	**50797-699096**
No. de documento	**241420**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	SAMUEL EDUARDO CALA SANTOS	**C.C.**	91.075.861	**IP/Nº de contacto**	3177959805
Correo electrónico contratista:	scalas@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:	DAVIVIENDA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		47900016099	
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:	2371713/2021			**Nº Compromiso SIIF**		**43421**	
Valor Total del Contrato	$ 32.240.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 7.800.000	**8**	**Del**	**01/10/2021**	**Al**	**31/10/2021**	**$ 3.900.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 3.900.000		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

Prestar los servicios personales como instructor para impartir formación en los programas de integración con la educación media en formación titulada y complementaria en el area agricola del centro agroturístico regional santander

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.900.000		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	**$ 3.900.000**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.299.050**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Octubre	**Setiembre**
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**21390575**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.560.000	$ 1.560.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 195.000	$ 195.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 249.600	$ 249.600
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 16.300	$ 16.300
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	$ 390.000	
Salud hasta $ 580.928	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 766.350	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.299.050,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.455.400,00	
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	**$ 3.900.000,00**	

SON: TRES MILLONES NOVECIENTOS MIL PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

```
Ficha 2274129 Tecnico Produccion Agropecuaria Comp Cosechar el producto Act Seleccionar en el lote cosecha Fecha 07,14,21,28  Horas 22
Ficha 2275699 Tecnico Produccion Agropecuaria Comp Cosechar el producto Act Seleccionar en el lote cosecha Fecha 05,12,19,26  Horas 22
Ficha 2275708 Tecnico Produccion Agropecuaria Comp Cosechar el producto Act Seleccionar en el lote cosecha Fecha 02,09,16,23,30 Hor 27
Ficha 2286414 Tecnico Produccion Agropecuaria Comp Cosechar el producto Act Seleccionar en el lote cosecha Fecha 01,08,15,22,29 Hor 27
Ficha 2288807 Tecnico Produccion Agropecuaria Comp Cosechar el producto Act Seleccionar en el lote cosecha Fecha 05,12,19,26  Horas 22
Ficha 2288648 Tecnico Produccion Agropecuaria Comp Cosechar el producto Act Seleccionar en el lote cosecha Fecha 04,11,25     Horas 17
Ficha 2301035 Técnico Sistem Agrop Ecologicos Comp Regular poblaciones  Act Ejecuta estrategia manejo plagas Fecha 06,13,20,27 Hora 22
Ficha 2275699,2275708 Técnico Producción Agropecuaria Comp Seguimiento Etapa Practica Act Aplica resolucion Fechas 21,28,23,30 Hora 20
```

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.

SAMUEL EDUARDO CALA SANTOS
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,

OSCAR WILLIAM VERGARA ROMERO
INSTRUCTOR G15

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

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL :	SAMUEL EDUARDO CALA SANTOS
IDENTIFICACION:	CC-91075861
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	00
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	00
FECHA GENERACION REPORTE:	2021-10-07
FECHA LIMITE DE PAGO:	2021-10-14
FECHA DE PAGO:	2021-10-07
ENTIDAD DE PAGO:	BBVA COLOMBIA S.A.
PERIODO PENSION:	2021-09
PERIODO SALUD:	2021-09
NUMERO PLANILLA:	21390575
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	21390575
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	$ 1.560.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 195.000	$ 195.000
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	$ 1.560.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 249.600	$ 249.600
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 1.560.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 16.300	$ 16.300
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 460.900	$ 460.900

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	16/11/2021

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 31 de octubre 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:

T.I.	**1.100.964.411**	**THOMAS ALEJANDRO CALA LEON**	**HIJO**

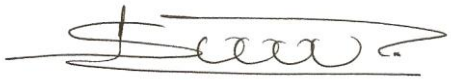
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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: SAMUEL EDUARDO CALA SANTOS

C.C. 91.075.861

Adhesivo Copia Registro Civil
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL 29926136-9

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1.100.964.411

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 44472849

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** R 4 H

País, Departamento, Municipio, Corregimiento e/o Inspección de Policía: ~~COLOMBIA - SANTANDER - SAN GIL~~ COLOMBIA - SANTANDER - SAN GIL

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
CALA	LEON

Nombre(s): THOMAS ALEJANDRO

Fecha de nacimiento: Año	Mes	Día	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
2011	11	19	MASCULINO	A	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA SANTANDER SAN GIL

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO MEDICO DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo: 528580941

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: LEON GOMEZ CARMEN CECILIA

Documento de identificación (Clase y número): CC 37.896.502

Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: CALA SANTOS SAMUEL EDUARDO

Documento de identificación (Clase y número): CC 91.075.861

Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: LEON GOMEZ CARMEN CECILIA

Documento de identificación (Clase y número): CC 37.896.502

Firma: X Carmen Cecilia Leon Gomez

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: Año 2011 Mes DIC Día 02

Nombre y firma del funcionario que autoriza: JOSE URIEL DEANTONIO ARevalo - RE

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -