SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES)

Resoluciòn DIAN Nº 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)

Meta

Contratacion CISM

Código Regional	**50**
Código Centro	**953210**
Nº de Documento	**000001**
Fecha elaboración	**15 de noviembre de 2021**
Versión	**1,21 ene-21**

Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA **Nit adquiriente:** 899.999.034-1

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	Diego Andres Aguilar Camacho	**C.C.**	80.026.696	**IP/Nº de contacto**	3214526103
Correo electrónico contratista:	daguilarc@sena.edu.co				
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta?**	SI	**Es Pensionado?**	NO
Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato?	NO	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**	SI
Pertenece al régimen simple de tributación	NO			**Tienes contratos de prestación de servicios con otras Entidades Públicas**	NO
Banco al cual consignar:	BBVA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**	957337033
Sus ingresos en el 2020 fueron iguales o superiores a $49'849.000	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: CO1.PCCNTR.2119408 **Nº Compromiso SIIF** **121**

Valor Total del Contrato	$ 53.302.500	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**					**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 8.961.000	11	**Del**	01/11/2021	**Al**	19/11/2021		**$ 2.935.500,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 6.025.500		Comisiones				$ 0	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

Prestacion de servicios profesionales de carácter temporal como Abogado de Contratación y Convenios para el Centro de Industria y Servicios del Meta, durante la vigencia 2021.

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.935.500	Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 2.935.500**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.585.088**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	**octubre**	**54627535**		Valor Base retención en la fuente	1.585.088,00	TARIFA
		APORTES DEL MES OBJETO DE COBRO	**APORTES DEL MES ANTERIOR**	Valor Base retención en la fuente ICA	2.407.000,00	
Ingreso Base de Cotización IBC	**noviembre**	$ 1.854.000	$ 1.854.000	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 231.800	$ 231.800	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 296.700	$ 296.700	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ -	Menos Retencion IVA	0,00	15%
ARL		$ 9.700	$ 9.700	Reteica	963,00	0,040%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -				
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Voluntarias	$ 7.552.064	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Intereses Préstamo de Vivienda	$ 3.630.800	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta	$ 1.161.856	$ 293.550		Otras Retenciones	0,00	0%
Salud hasta	$ 580.928	$ -				
Renta Exenta 25%	$ 8.713.920	$ 528.363		Descuentos de Libranza (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
				VALOR A PAGAR	**$ 2.934.537,00**	

SON: DOS MILLONES NOVECIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS M/CTE.

Asesore y desarrollar el trámite contractual en sus diferentes modalidades, del Centro de Industria y servicios del Meta.
Revise los acuerdos marcos que suscriba Agencia Nacional de Contratación Pública
Realice el respectivo procedimiento para adquirir los bienes y/o servicios en la Tienda Virtual del Estado Colombiano
Proyete las actuaciones administrativas necesarias para adelantar los procesos de contratación administrativa en cada una de las mod
Proyecte y/o revisar los estudios previos que se requieren para adelantar las actuaciones administrativas
Proyecte los pliegos de condiciones o los documentos equivalentes, tales como invitaciones publicas
Proyecte y/o revisar la elaboración de adendas
En general apoyar la actuación administrativa que se requiera entre el periodo comprendido en las diferentes etapas hasta la liquidación
Realice evaluaciones jurídicas de los procesos de selección de contratistas

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.

Diego Andres Aguilar Camacho

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,

Eberth Alfonso Castro Murcia
Coordinador Grupo de Apoyo Administrativo Mixto

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

Marko Andres Vargas Angel
Subdirector (e) CISM

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 DE 1

DATOS GENERALES

TIPO	NUMERO	NOMBRE O RAZON SOCIAL	TIPO PRESENTACION (U C S D)	SUCURSAL / DEPENDENCIA	CODIGO
CC	80026696-	DIEGO ANDRES AGUILAR CAMACHO	U ☑ C ☐ S ☐ D ☐		

PERIODOS DE COTIZACION

SALUD MES	SALUD AÑO	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF MES	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF AÑO
2021	10	2021	5462753

NUMERO RADICACION	TIPO EMPRESA	CLASE DE APORTANTE	CODIGO ARL	CODIGO OPERADOR
	PUBLICA ☐ PRIVADA ☑ MIXTA ☐	PEQUEÑO ☐ GRANDE ☐ INDEPENDIENTE ☑	14-23	83

DIRECCION	CIUDAD/MUNICIPIO	CODIGO	DEPARTAMENTO	CODIGO	TELEFONO	FAX	CORREO ELECTRONICO	ACTIVIDAD ECONOMICA	VALOR NOMINA	TOTAL EMPLEADOS	FECHA DE PAGO (aaaa/mm/dd)	No. AUTORIZACION
CARRERA 39 No. 11-27	ACACÍAS	50006	META	50	6635729		diego_aguilar80@yahoo.es	9609	0	1	2021/11/19	1209948171

TOTAL APORTES DEL PERIODO A SALUD POR ADMINISTRADORA

COD EPS	NIT EPS	COTIZACION OBLIGATOR	UPC ADICIONAL	INCAPACIDADES No.AUTOR	INCAPACIDADES VALOR	LIC.MATERNIDAD No.AUT	LIC.MATERNIDAD VALOR	NETO COTIZAC	DIAS MORA	INTERESES MORA OBL	INTERESES MORA UPC	SUBTOTAL COTIZACION	SUBTOTAL UPC ADIC.	No. RADIC SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR COTIZ OBLIG	SALDO A FAVOR UPC ADICIONAL	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
EPS002	800130907-4	250.000	0		0		0	250.000	0	0	0	250.000	0		0	0	250.000	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A PENSIONES POR ADMINISTRADORA

COD AFP	NIT AFP	COTIZ OBLIGAT	COTIZ VOL AFILIADO	COTIZ VOL APORTANT	FONDO SOLI PENS	DIAS MORA	INTERES MORA COTIZ	INTERES MORA FONDO	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
25-14	900336004-7	320.000	0	0	0	0	0	0	320.000	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A CAJAS POR ADMINISTRADORA

COD CCF	NIT CCF	VALOR APORTE	DIAS MORA	INTERESES MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ICBF Y SENA

CONC	VALOR	DIAS MORA	INT MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
ICBF					
1	0	0	0	0	0
SENA					
1	0	0	0	0	0

TOTAL APORTES DEL PERIODO A RIESGOS LABORALES

COD ARL	NIT ARL	COTIZ OBLIGAT	INCAPACIDADES No.AUTORIZ	INCAPACIDADES VALOR	APORTES OTROS RIESG	VALOR NETO COTIZACION
14-23	860011153-6	10.500		0	0	10.500
DIAS MORA	**INTERES MORA COTI**	**SUBTOTAL APORT COTIZ**	**No. RADICAC SALDO A FAVOR**	**SALDO A FAVOR**	**FONDO SOLIDARIDAD**	**TOTAL A PAGAR**
0	0	10.500		0	105	10.500

TOTAL APORTES DEL PERIODO A MIN. EDUCACION

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ESAP

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

NUMERO DE ADMINISTRADORAS REPORTADAS

PENSIONES	1
SALUD	1
RIESGOS LABORALES	1
CAJAS DE COMPENSACION	0
OTRAS	0
TOTAL	3

TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA

TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA	ANTES DE IGE,LMA,IRP Y MORA	VALOR TOTAL
PENSIONES	320.000	320.000
SALUD	250.000	250.000
RIESGOS LABORALES	10.500	10.500
CCF	0	0
SENA	0	0
ICBF	0	0
ESAP	0	0
MINISTERIO DE EDUCACION	0	0
GRAN TOTAL	580.500	580.500

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

DATOS DEL AFILIADO							NOVEDADES																		VALOR IBC							LIQUIDACION DE APORTES				
Nº	TIPO	NUMERO	APELLIDOS Y NOMBRES	COD EPS	COD AFP	COD CAJA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	NUEVA EPS	NUEVA AFP	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC CAJAS	IBC RIESGOS	SUBTIPO COTIZANTE	EXTRANJERO	COLOMBIANO EN EXTERIOR	COTIZ PENSION	FONDO SOLIDAR PENSION	APORTE VOLUNT PENSION	COTIZ SALUD	UPC ADICIONAL
1	CC	80026696	AGUILAR CAMACHO DIEGO ANDRES	EPS002	25-14																				2.000.000	2.000.000	0	2.000.000	0			320.000	0	0	250.000	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Villavicencio, NOviembre de 2021

Señores Grupo de Apoyo Administrativo Mixto
Servicio Nacional de Aprendizaje SENA
Regional Meta
Ciudad

Asunto: Solicitud deducible retención en fuente por dependientes

Estimados señores:

Con la presente solicito que de acuerdo con el Articulo 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**
MARTIN AGUILAR MOYANO	R.C. 1.029.997.782	Hijo menor de 18 años

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,



DIEGO ANDRES AGUILAR CAMACHO
C.C. 80.026.696 de Bogotá.

Anexo: Relación de documentos que anexa el trabajador.

- Registro civil de nacimiento **_X_**
- Certificado de estudios. ____
- Certificado contador público. ____
- Certificado medicina legal. ____

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1.029.997.782

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 51721693

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A F Z

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE VILLAVICENCIO-CL SALUDCOOP - COLOMBIA - META - VILL

Datos del inscrito

Primer Apellido: AGUILAR
Segundo Apellido: MOYANO
Nombre(s): MARTIN
Fecha de nacimiento: Año 2012 Mes DIC Día 10
Sexo (en letras): MASCULINO
Grupo sanguíneo: O
Factor RH: POSITIVO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección): COLOMBIA META VILLAVICENCIO

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO
Número certificado de nacido vivo: 11464749-3

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: MOYANO REINA ADRIANA
Documento de identificación (Clase y número): CC 40.433.240
Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: AGUILAR CAMACHO DIEGO ANDRES
Documento de identificación (Clase y número): CC 80.026.696
Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: AGUILAR CAMACHO DIEGO ANDRES
Documento de identificación (Clase y número): CC 80.026.696
Firma: X

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 2012 Mes DIC Día 11

Nombre y firma del funcionario que autoriza: ALICIA PINZON/FANNY EUSSE MEJIA -
Nombre y firma

Reconocimiento paterno
X
Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -