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 GUAVIARE
CENTRO DE DESARROLLO AGROINDUSTR, TURISTICO Y TECNOLOG DEL GUAVIARE- SERVCIOS PRE
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	95
Código Centro	953310
Fecha Elaboración	Noviembre de 2021
Versión	JUNIO 2021 - 3,21
ID de Proceso	60575-446972
No. de documento	271540

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	ANDRES ARIZA MONTENEGRO	**C.C.**	79.694.065	**IP/Nº de contacto**	85321
Correo electrónico contratista:	andresarizasena@gmail.com				

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 ?**		SI	
Banco al cual consignar:	BANCO COLPATRIA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		4862013548	
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:	2266054/2021			**Nº Compromiso SIIF**	12921		
Valor Total del Contrato	$ 40.218.720	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 6.434.995	**10**	**Del**	01/11/2021	**Al**	30/11/2021	$ 4.021.872,00
Nuevo Saldo del Contrato	$ 2.413.123		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INS-TRUCTOR, PARA IMPARTIR FORMACIÓN EN EL ÁREA DE BILINGÜISMO - IDIOMAS, QUE IMPARTE EL CDATTG, EN EL DEPARTAMENTO DEL GUAVIARE Y SUR DEL META. SEGÚN RADICADO N. 9-2021-000434.

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.021.872		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	**$ 4.021.872**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.370.889**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Noviembre	Octubre				
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	7814230092	Valor Base retención en la fuente	2.370.889,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.608.749	$ 1.608.749	Valor Base retención en la fuente ICA	3.563.372,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 201.100	$ 201.100	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 257.400	$ 257.400	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL	$ 8.400	$ 8.400	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 8299	0,00	0,000%
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -		-	0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.522.064	$ -		-	0,00	
Intereses Prestamo 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 A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta $ 1.161.856	$ 402.187				
Salud hasta $ 580.928	$ -		Descuentos de Libranza	0,00	
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 790.296		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		**VALOR A PAGAR**	**$ 4.021.872,00**	

SON: CUATRO MILLONES VEINTIUNO MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y DOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

1. Diseñar la planeación pedagógica para los programas de formación: Tecnólogo en Gestión de mercados, Técnico en Cocina, Tecnólogo en Contabilidad y Finanzas, Tecnólogo en Producción Multimedia
2. Ejecutar la formación con base en la planeación anteriormente mencionada en los horarios establecidos para cada programa
3. Programar actividades de formación para los programas profesionales de formación asignados según las fichas: 1835793, 2175889 2069082, 1989455, 2381794 y 2185888
4. Evaluar a través de la plataforma SOFIA PLUS las actividades de formación
5. Divulgación, inscripción y ejecución en formación complementaria en Inglés Pre Intermedio nivel II

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.

ANDRES ARIZA MONTENEGRO
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,

EDGAR AUGUSTO BRAGA SILVA
PROFESIONAL G02

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

LUZ PIEDAD ECHEVERRY QUICENO
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	79694065
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ANDRES ARIZA MONTENEGRO
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CRA 118 # 89B 51 INT 7 AP 502	TELÉFONO:	5840404
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Educación de instituciones
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7814230092**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS:	MES:	noviembre	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES:	noviembre
	AÑO:	2021		AÑO:	2021
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2021/11/08	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1195865453

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 257.400
SUBTOTAL:			1	**$ 257.400**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900156264	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	$ 201.100
SUBTOTAL:			1	**$ 201.100**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 8.400
SUBTOTAL:			1	**$ 8.400**

TOTAL PAGADO:	**$ 466.900**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
CERTIFICADO HISTORICO DE PAGOS

El servicio de liquidación SOI certifica que ANDRES, identificado con documento CEDULA DE CIUDADANIA 79694065, ha realizado el pago de aportes a la Seguridad Social de sus empleados para los periodos que se relacionan a continuación:

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	79694065
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ANDRES
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CRA 118 # 89B 51 INT 7 AP 502	TELÉFONO:	5840404
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Educación de instituciones universitarias o de es
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		

INFORMACIÓN HISTÓRICA DE PAGOS

PERIODO DE PAGO	No PLANILLA	FECHA DE PAGO (aaaa/mm/dd)	TIPO DE PLANILLA	VALOR PAGADO
NOVIEMBRE 2021-NOVIEMBRE 2021	7814230092	2021/11/08	I-INDEPENDIENTES	$ 466.900
OCTUBRE 2021-OCTUBRE 2021	7810606705	2021/10/13	I-INDEPENDIENTES	$ 466.900
SEPTIEMBRE 2021-SEPTIEMBRE	7807598440	2021/09/13	I-INDEPENDIENTES	$ 466.900
AGOSTO 2021-AGOSTO 2021	7804417143	2021/08/12	I-INDEPENDIENTES	$ 466.900
JULIO 2021-JULIO 2021	7801076132	2021/07/09	I-INDEPENDIENTES	$ 466.900
JUNIO 2021-JUNIO 2021	7790884591	2021/06/15	I-INDEPENDIENTES	$ 466.900
MAYO 2021-MAYO 2021	7786558351	2021/05/18	I-INDEPENDIENTES	$ 466.900

Planilla Pagada

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

San José del Guaviare, 14 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.	**1032936558**	**Ariza Niño Juan Sebastián**	**HIJO**

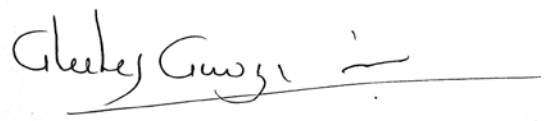
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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: Andrés Ariza Montenegro

C.C. 79694065 de Bogotá

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

reav-

NUIP 1.032.936.558

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 35771825

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [x] Número 48 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A Y F

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

COLOMBIA* CUNDINAMARCA* BOGOTA D.C.*

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ARIZA	NIÑO

Nombre(s): JUAN SEBASTIAN

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2004 Mes MAR Día 12	MASCULINO	O	(+)

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

COLOMBIA* CUNDINAMARCA* BOGOTA D.C.*

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO CLINICA DAVID RESTREPO*	A5280790

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: NIÑO CORDERO OLGA BEATRIZ

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.# 39.548.646 DE ENGATIVA(BOGOTA)	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: ARIZA MONTENEGRO ANDRES

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.# 79.694.065 DE SANTAFE DE BOGOTA	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: ARIZA MONTENEGRO ANDRES

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
C.C.# 79.694.065 DE SANTAFE DE BOGOTA*****	

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 MAR Día 23	MIGUEL ANGEL DIAZ TELLEZ. Nombre y firma

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

* ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO *

ES FIEL COPIA TOMADA DE SU ORIGINAL QUE REPOSA EN EL ARCHIVO DE ESTA NOTARIA Y SE EXPIDE CON DESTINO AL INTERESADO PARA ACREDITAR PARENTESCO.

Este Registro civil NO tiene término de vigencia Art. 2 Decreto 2189 de 1983

REPUBLICA DE COLOMBIA NOTARIA CUARENTA Y DOS DE BOGOTA, D.C. CONSUELO OTERO AMAYA SECRETARIA DELEGADA

23 MAR 2004

CONSUELO OTERO AMAYA
Secretaria Delegada
(Dcto 1534 de 1.989)