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 DE GESTIÓN AGROEMPRESARIAL DEL ORIENTE-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	**954610**
Fecha Elaboración	**Noviembre de 2021**
Versión	**JUNIO 2021 - 3,21**
ID de Proceso	**98330-158011**
No. de documento	**287856**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	FERNANDO DUARTE PATARROYO	**C.C.**	13.955.881	**IP/Nº de contacto**	3153720131
Correo electrónico contratista:	fduarte18@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 ?**		SI	
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		32926060421	
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:	2231639/2021			**Nº Compromiso SIIF**		**6321**	
Valor Total del Contrato	$ 37.592.940	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 5.736.585	**10**	**Del**	**01/11/2021**	**Al**	**30/11/2021**	**$ 3.661.650,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 2.074.935		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA DESARROLLAR PROGRAMAS DE FORMACIÓN TITULADA EN ARTICULACIÓN CON LA EDUCACIÓN MEDIA EN EL ÁREA DE MERCADEO EN EL CENTRO DE GESTIÓN AGROEMPRESARIAL DEL ORIENTE.

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.661.650		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	**$ 3.661.650**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.158.489**		**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	----------	**4414559175**	Valor Base retención en la fuente	2.158.489,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.464.660	$ 1.464.660	Valor Base retención en la fuente ICA	3.244.150,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 183.100	$ 183.100	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 234.400	$ 234.400	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 II	$ 15.300	$ 15.300	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 8543	7.323,00	0,200%
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	$ -		-	0,00	
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	$ 366.165		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 580.928	$ -				
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 719.496		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	**$ 3.654.327,00**	

SON: TRES MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS VEINTISIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

```
Ficha:2075830-Realizar actividades post venta después de la venta del producto o servicio-2-3-4-5-/11/2021
Ficha:2075845-Realizar actividades post venta después de la venta del producto o servicio-5-8-9-10/11/2021
Ficha:2075843-Realizar actividades post venta después de la venta del producto o servicio-11-12-16-17/11/2021
Ficha:2273394-Implementar acciones postventa a partir de la experiencia al cliente–17-18-19-22/11/2021
Ficha:2273395-Implementar acciones postventa a partir de la experiencia al cliente–23-24-25/11/2021
Ficha:2273408-Implementar acciones postventa a partir de la experiencia al cliente–26-29-30/11/2021

TOTAL HORAS ACADEMICAS 160 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.

FERNANDO DUARTE PATARROYO
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,

CESAR FERNANDO PALENCIA LOPEZ
INSTRUCTOR G10

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

MIGUEL ANDRE PARDO CEPEDA
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	13955881
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	FERNANDO DUARTE PATARROYO DUARTE PATARROYO		
CIUDAD/MUNICIPIO:	VELEZ	DEPARTAMENTO:	SANTANDER
DIRECCIÓN:	CALLE 8# 1A-147	TELÉFONO:	7564394
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Educación tecnológica.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4414559175**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	octubre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	octubre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2021	SALUD:	AÑO:	2021
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2021/11/04	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9997383946

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 234.400
SUBTOTAL:			1	**$ 234.400**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900156264	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	$ 183.100
SUBTOTAL:			1	**$ 183.100**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 15.300
SUBTOTAL:			1	**$ 15.300**

TOTAL PAGADO:	**$ 432.800**

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

24 de noviembre 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.	1101757934	SAMUEL FERNANADO DUARTE PARDO	**HIJO**
T.I	1101756486	MARIANA DUARTE PARDO	**HIJA**

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: FERNANDO DUARTE PATARROYO
C.C. 13.955.881

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

NUIP 1.101.756.456

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 41525352

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código R O N

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

REGISTRADURIA DE VELEZ - COLOMBIA - SANTANDER - VELEZ

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
DUARTE	PARDO

Nombre(s)

MARIANA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2009 Mes MAR Día 27	FEMENINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA SANTANDER VELEZ

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	514013094

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

PARDO TRASLAVIÑA LINEY

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 63.436.407	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

DUARTE PATARROYO FERNANDO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 13.955.881	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

DUARTE PATARROYO FERNANDO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 13.955.881	

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 2009 Mes ABR Día 16	ROSALBA CASTELLANOS HERNANDEZ - R Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

FESA S.A. NIT. 890.321.151-0

— ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO —

41525352

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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 50615573

X50615573X

NUIP 1.101.757.934

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [V] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código T 6 N

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

REGISTRADURIA DE VELEZ - COLOMBIA - SANTANDER - VELEZ

Datos del inscrito

Primer Apellido: DUARTE

Segundo Apellido: PARDO

Nombre(s): SAMUEL FERNANDO

Sexo (en letras): MASCULINO

Grupo sanguíneo: O

Factor RH: POSITIVO

Fecha de nacimiento: Año 2011 Mes SEP Día 24

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

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

Número certificado de nacido vivo: 52857727-2

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: PARDO TRASLAVIÑA LINEY

Documento de Identificación (Clase y número): CC 63.436.407

Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: DUARTE PATARROYO FERNANDO

Documento de Identificación (Clase y número): CC 13.955.881

Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: DUARTE PATARROYO FERNANDO

Documento de Identificación (Clase y número): CC 13.955.881

Firma

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 SEP Día 30

Nombre y firma del funcionario que autoriza: ROSALBA CASTELLANOS HERNANDEZ - R

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

30.SEP.2011 - LIBRO DE VARIOS - LIBRO 199.

• ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO •

CRESSIDA S.A. NIT. 890.321.151-3 100138573