

 <p>SENA 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	68
	REGIONAL SANTANDER		Código Centro	954110
	CENTRO AGROTURISTICO - SANTANDER - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION.		Fecha Elaboración	Diciembre 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	11484-722015
			No. de documento	299660

DATOS DEL CONTRATISTA			
Nombres y apellidos contratista:	HELMER DUARTE MURALLAS	C.C.	13.862.471
Correo electrónico contratista:	helmer.duarte12@gmail.com	IP/N° de contacto	3166778932
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:	BANCO CAJA SOCIAL	Tipo de cta	AHORROS
		N° Cuenta	24083132597
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:	2465203/2021	N° Compromiso SIIF	59321
Valor Total del Contrato	\$ 29.380.000	N ° Pago	8
Saldo Anterior del Contrato	\$ 2.340.000	Periodo objeto de pago	Del 01/12/2021 Al 18/12/2021
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 0	Legalización comisiones del periodo	\$ 0,00

OBJETO CONTRACTUAL:			
(Descripción del servicio prestado)			
Prestar los servicios personales como instructor para impartir formación titulada, complementaria y/o Virtualización en el área de Bilingüismo en los diferentes programas que atiende el centro agroturístico regional santander			

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Ingresos por honorarios	\$ 2.340.000	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	\$ 2.340.000	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 1.379.400	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR			
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	Diciembre	Noviembre	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 936.000	\$ 1.560.000	Valor Base retención en la fuente 1.379.400,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 117.000	\$ 195.000	Valor Base retención en la fuente ICA 2.073.200,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 149.800	\$ 249.600	Valor base IVA 0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00
ARL II	\$ 9.800	\$ 16.300	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 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
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones 0,00
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones 0,00
Dependientes hasta \$ 1.161.856	\$ 234.000		Otras Retenciones 0,00
Salud hasta \$ 580.928	\$ -		Descuentos de Libranza 0,00
Renta Exenta 25% \$ 8.713.920	\$ 459.800		Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00
Retención en la Fuente Contingente \$ -			VALOR A PAGAR \$ 2.340.000,00

SON: DOS MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA MIL PESOS M/CTE	
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO	
2463761 - INGLES BASICO - NIVEL 2. 16 horas 2318718 - ASISTENCIA ADMINISTRATIVA. 5 horas 2293434 - RECURSOS HUMANOS. 5 horas 2427727 - ENFERMERIA. 18 horas 2279397 - IMPLEMENTACION DE INFRAESTRUCTURA DE TECNOLOGIAS DE LA INFORMACION Y LAS COMUNICACIONES. 12 horas 2316815 - GESTIÓN EMPRESARIAL. 12 horas 2279392 - EJECUCION DE PROGRAMAS DEPORTIVOS. 6 horas DESARROLLO CURRICULAR. 41 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.	HELMER DUARTE MURALLAS 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, JOHON FREDY SANABRIA MUNOZ INSTRUCTOR

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	

RAZON SOCIAL :	HELMER DUARTE MURALLAS
IDENTIFICACION:	CC-13862471
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACION REPORTE:	2021-12-05
FECHA LIMITE DE PAGO:	2021-12-17
FECHA DE PAGO:	2021-12-06
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO CAJA SOCIAL BCSC
PERIODO PENSION:	2021-11
PERIODO SALUD:	2021-11
NUMERO PLANILLA:	21911998
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	21911998
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	\$ 1.560.010	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 195.100	\$ 195.100
230301	800224808	PORVENIR	1	\$ 1.560.010	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 249.700	\$ 249.700
14-11	890903790	ARL SURA	1	\$ 1.560.010	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 16.300	\$ 16.300
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 461.100	\$ 461.100

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	20/01/2021
----------------------------------	------------

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 06 de diciembre 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:

NUIP - NIP	1142725540	MATIAS DUARTE RUEDA	HIJO
------------	------------	---------------------	------

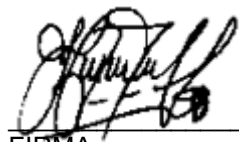
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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: HELMER DUARTE MURALLAS

C.C. 13862471



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

59786617

NUIP 1142725540

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número 02 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código D U H

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

COLOMBIA - SANTANDER - FLORIDABLANCA

Datos del inscrito

Primer Apellido

Segundo Apellido

DUARTE *****

RUEDA *****

Nombre(s)

MATÍAS *****

Fecha de nacimiento

Sexo (en letras)

Grupo sanguíneo

Factor RH

Año

2 0 1 9

Mes

F E B

Día

0 4

Masculino

B

Positivo

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

COLOMBIA - SANTANDER - FLORIDABLANCA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

Número certificado de nacido vivo

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

15095580-4

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

RUEDA GONZALEZ LINDA LORENA

Documento de Identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 63530862

COLOMBIANA

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

DUARTE MURALLAS HELMER

Documento de Identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 13862471

COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

DUARTE MURALLAS HELMER

Documento de Identificación (Clase y número)

CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 13862471

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

Nombre y firma del funcionario autoriza

Año

2 0 1 9

Mes

F E B

Día

0 7

LUIS ARGEMIRO VELASCO ARIZA
Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -