

 <p>DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES) REGIONAL CASANARE</p> <p>C AGROINDUSTRIAL Y FORTALECIMIENTO EMPRESARIAL DE CASANARE - INTEGRACION CON LA ME</p> <p>Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1 Resolución DIAN N° 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)</p>	Código Regional	85
	Código Centro	951910
	Fecha Elaboración	Diciembre de 2021
	Versión	JUNIO 2021 - 3,21
	ID de Proceso	41078-483797
	No. de documento	298285

DATOS DEL CONTRATISTA			
Nombres y apellidos contratista:	FREDY ANDRES ALCAZAR CABALLERO	C.C.	74.083.081
Correo electrónico contratista:	faalcazar18@misena.edu.co	IP/N° de contacto	192168017
Régimen del IVA:	☐ NO RESPONSABLE	Pertenece al régimen simple de tributación?	☐ NO
	☐ Es declarante de renta?	☐ NO	☐ Es Pensionado?
Sus ingresos en el 2020 Superaron \$49'849.000	☐ NO	Inducción SST	☐ SI
	☐ Presta Servicios Excluidos de IVA ?	☐ SI	
Banco al cual consignar:	BANCO DE BOGOTA	Tipo de cta	AHORROS
	N° Cuenta	646442624	
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:	2211876/2021	N° Compromiso SIIF	13421
Valor Total del Contrato	\$ 39.283.640	N ° Pago	10
Saldo Anterior del Contrato	\$ 5.308.600	Periodo objeto de pago	Del 01/11/2021 Al 30/11/2021
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 1.327.150	Legalización comisiones del periodo	\$ 0,00
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL, POR PERIODOS FIJOS DE 160 HORAS MES O PROPORCIONAL A LAS HORAS EJECUTADAS COMO INSTRUCTOR DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL Y /O ACOMPAÑAMIENTO TECNICO PEDAGOGICO EN LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS ARTICULADAS EN LA EDUCACIÓN MEDIA		

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Ingresos por honorarios	\$ 3.981.450	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	\$ 3.981.450	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 2.346.979	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	Noviembre	Octubre	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.592.580	\$ 1.592.580	Valor Base retención en la fuente 2.346.979,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 199.100	\$ 199.100	Valor Base retención en la fuente ICA 3.527.450,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 254.900	\$ 254.900	Valor base IVA 0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00
ARL	\$ 8.400	\$ 8.400	Menos Retención en la Fuente 0,00
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -		Menos Retencion IVA 0,00
Aportes voluntarios a cuentas AFC	\$ -		Reteica - 8299 27.870,00
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	\$ -		0,00
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		0,00
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		0,00
Dependientes hasta \$ 1.161.856	\$ 398.145		0,00
Salud hasta \$ 580.928	\$ -		0,00
Renta Exenta 25% \$ 8.713.920	\$ 782.326		0,00
Retención en la Fuente Contingente	\$ -		0,00
		VALOR A PAGAR	\$ 3.953.580,00

SON: TRES MILLONES NOVECIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL QUINIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO	
Desarrollo planeación pedagógica de las fichas 2059352, 2059930, 2059941, 2059917, 2250890, 2260372 para un total de 160 horas realizadas	

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.	FREDY ANDRES ALCAZAR CABALLERO 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, EDWIN ALONSO QUINTERO INSTRUCTOR G11

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

ORLANDO ARIZA ARIZA
DIRECTOR REGIONAL (E)

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE					DATOS GENERALES DE LA PLANILLA										
TIPO IDENTIFICACIÓN:		CEDULA DE CIUDADANIA		NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:		74083081		NÚMERO PLANILLA:		4422747509		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES	
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:		YOPAL		DEPARTAMENTO:		FREDY ANDRES ALCAZAR CABALLERO		PERIODO COTIZACIÓN OTROS		MES		octubre		AÑO	
CIUDAD/MUNICIPIO:		CRA 12 A 29 A 28		TELÉFONO:		6333033		DÍAS DE MORA:		0		PERIODO COTIZACIÓN SALUD:		MES	
DIRECCIÓN:		02-INDEPENDIENTE		CLASE APORTANTE:		I-INDEPENDIENTE		FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2021/12/02		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9997757948	
TIPO APORTANTE:		PRIVADA		ACTIVIDAD ECONOMICA:		Actividades reguladoras y facilitadoras de la act									
TIPO EMPRESA:		ÚNICO													
FORMA DE PRESENTACIÓN:															
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):															

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Yopal, 30 de noviembre de 2021

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIAJE (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	1222127994	Martín Alcázar Adame	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: FREDY ANDRES ALCAZAR CABALLERO

C.C. 74083081

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

NUIP 1.222.127.994

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 56828504



- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒ Notaría ☐ Número ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código A F A

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
REGISTRADURÍA DE YOPAL-H LA YOPAL - COLOMBIA - CASANARE - YOPAL....

Datos del inscrito

Primer Apellido Segundo Apellido
ALCAZAR..... ADAME.....

MARTIN.....
Nombre(s)

Fecha de nacimiento Sexo (en letras) Grupo sanguíneo Factor RH
Año 2017 Mes ENE Día 16 MASCULINO..... 0..... POSITIVO.....

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA CASANARE YOPAL.....

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO..... 13870036-7.....

Datos de 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
ADAME MARQUEZ BLANCA LUZ DARY.....

Documento de identificación (Clase y número) Nacionalidad
CC 47.420.059..... COLOMBIA.....

Datos de padre o madre (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
ALCAZAR CABALLERO FREDY ANDRES.....

Documento de identificación (Clase y número) Nacionalidad
CC 74.083.081..... COLOMBIA.....

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos
ALCAZAR CABALLERO FREDY ANDRES.....

Documento de identificación (Clase y número) Firma
CC 74.083.081.....

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 2017 Mes ENE Día 18
HECTOR ARIEL LOPEZ DAZA - REGISTR

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

ESPACIO PARA NOTAS



LITOGRAFIA DINAMICA