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 ANTIOQUIA**
**CENTRO DE TECNOLOGIA DE LA MANUFACTURA AVANZADA - ANTIOQUIA -SERVICIOS**
**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** | **5** |
| **Código Centro** | **920410** |
| **Fecha Elaboración** | **Diciembre de 2021** |
| **Versión** | **JUNIO 2021 - 3,21** |
| **ID de Proceso** | **99949-890232** |
| **No. de documento** | **301001** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | JAVIER ESTEBAN ATEHORTUA RIOS | **C.C.** | 1.017.143.531 | **IP/Nº de contacto** | 0 |
| **Correo electrónico contratista:** | javiesteban13@hotmail.com | | | | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Régimen del IVA:** | NO RESPONSABLE | **Pertenece al régimen simple de tributación?** | NO | **Es declarante de renta?** | SI | **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** | | 815614771 | |
| **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:** | 2227963/2021 | | | **Nº Compromiso SIIF** | | **16221** | |
| **Valor Total del Contrato** | $ 37.933.437 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 1.964.191 | **11** | **Del** | **01/12/2021** | **Al** | **16/12/2021** | **$ 1.964.191,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 0 | | Legalización comisiones del periodo | | | $ 0,00 | |

**OBJETO CONTRACTUAL:**
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR PARA ATENDER LOS PROGRAMAS DE LA FORMACIÒN PROFESIONAL DE LA CADENA DE AUTOMOTRIZ DE ACUERDO CON LOS REQUERIMIENTOS DEL ÀREA QUE SE IMPARTE

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 1.964.191 | | 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** | **$ 1.964.191** | | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 1.131.579** | | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

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

| | Diciembre | Noviembre |
|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | ---------- | **52941491** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 908.526 | $ 1.473.143 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 113.600 | $ 184.200 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 145.400 | $ 235.800 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 |
| ARL III | $ 22.200 | $ 35.900 |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias | $ - | |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC | $ - | |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.522.064 | $ - | |
| Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.630.800 | $ - | |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ - | |
| Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ - | |
| Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ - | |
| Dependientes hasta $ 1.161.856 | $ 196.419 | |
| Salud hasta $ 580.928 | $ - | |
| Renta Exenta 25% $ 8.713.920 | $ 377.193 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Valor Base retención en la fuente | 1.131.579,00 | TARIFA |
| Valor Base retención en la fuente ICA | 1.705.191,00 | |
| Valor base IVA | 0,00 | |
| IVA (Si es RESPONSABLE) | 0,00 | 19% |
| Menos Retención en la Fuente | 0,00 | 0,00% |
| Menos Retencion IVA | 0,00 | 15% |
| Reteica - 8299 | 0,00 | 0,400% |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| Jaime Isaza Cadavid | 7.857,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| | | |
| Descuentos de Libranza | 0,00 | |
| Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| **VALOR A PAGAR** | **$ 1.956.334,00** | |

**SON: UN MILLÓN NOVECIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS TREINTA Y CUATRO PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

formación asignada desde coordinación a la ficha asignada en la programación
Se realiza en senova e investigación. Y registro calificado.
Ejecución de planeación pedagógica, guías de aprendizaje.
Dar formación en pro del medio ambiente.
https://drive.google.com/drive/u/0/folders/1XCmrW-PgX4iTCEGAbnKOGYClwcQpDm7O.
https://drive.google.com/drive/u/0/folders/1Nx8EhghVBO0p52EjsiCS6n5zCGqyTPXa

**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.

**JAVIER ESTEBAN ATEHORTUA RIOS**
**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,

**FERNANDO GARCIA LOPEZ**
**INSTRUCTOR G07**

**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**

**GUSTAVO LOPEZ DE MESA GUTIERREZ**
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02**

## Transacción Aprobada

Su planilla ha sido enviada y pagada con éxito. Por favor imprima este comprobante como soporte del envío y pago de su planilla.

ARUS®
Tecnología + Información + Conocimiento

### Información de la Planilla Pagada

| | |
|---|---|
| **Nit de comercio Operador de Información** | 900089104-5 |
| **Razón Social del Operador de Información** | ARUS (antes Enlace Operativo) |
| **Descripción** | Pago de SuAporte |
| **Fecha** | 2021-12-06, 08:31:20 AM |
| **Periodo de Cotización Otros Riesgos** | noviembre de 2021 |
| **Periodo de Cotización Para Salud** | noviembre de 2021 |
| **Empresa** | JAVIER ESTEBAN ATEHORTUA RIOS |
| **CEDULA CIUDADANIA** | CC 1017143531 |
| **Código Sucursal (Nombre)** | ( ) |
| **Referencia de Pago/ Número Planilla** | 52941491 |
| **Tipo de Planilla** | I |
| **Número Transacción Bancaria/ CUS** | 1233461627 |
| **Banco** | (1007) - BANCOLOMBIA |
| **Valor** | $ 457.900 |
| **Estado de la Transacción** | Aprobada |
| **Dirección IP de Origen** | www.suaporte.com.co |

| Nit | Código | Administradora | Número Afiliados | Valor sin Mora | Total Intéreses Mora |
|---|---|---|---|---|---|
| N900336004 | 25-14 | COLPENSIONES | 1 | $ 236.800 | $ 0 |
| N800088702 | EPS010 | EPS SURA | 1 | $ 185.000 | $ 0 |
| N860011153 | 14-23 | ARP - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS | 1 | $ 36.100 | $ 0 |
| | | | | | |
| | | **SubTotales:** | | $ 457.900 | $ 0 |
| | | **Total a Pagar:** | | | $ 457.900 |



**ARUS, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77. Línea Ética: 018000 517806.**

**ARUS (antes Enlace Operativo) no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.**

**Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.**

EXPERTOS en PILA

*CERTIFICACION DEPENDIENTES*

Medellín, 16 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 empleado contribuyente y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el parágrafo cuarto del artículo segundo del Decreto 0099 de 2013, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NUIP - NIP** | **1157213793** | **Matttias Echavarria Salazar** | **HIJO** |
| **NUIP-NIP** | **1157214704** | **Juan Jose Atehortua Salazar** | **HIJO** |

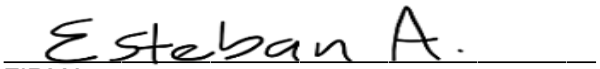
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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: Javier Esteban Atehortúa Ríos
C.C. 1017143531
Contratista

**NO IMPRIMA ESTA HOJA ES SOLAMENTE DE CARÁCTER INFORMATIVO REQUISITOS PARA DEDUCCIONES POR DEPENDIENTES**

En el siguiente cuadro se relacionan los requisitos y documentos que se deben adjuntar para poder acceder al beneficio de disminución de retención en la fuente, por dependientes:

| DEDUCCION | CONCEPTO | REQUISITOS |
|---|---|---|
| DEPENDIENTES | Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad. | Registro civil de nacimiento |
| | Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES ' o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente. | Recibo de pago de matrícula de instituciones debidamente acreditadas |
| | Los hijos del contribuyente mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal. | Certificado de Medicina Legal |
| | El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal | Certificado de Contador Público<br>Certificado de Medicina Legal |
| | Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal. | Certificado de Contador Público<br>Certificado de Medicina Legal |

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO
Número: N 059483

NU 1.1G7.213.793

| | Datos Esenciales | Acreditar Parentesco X |
|---|---|---|

*Datos del Inscrita*

Apellidos y Nombres completos

ECHAVARRIA SALAZAR MATTIAS

| Fecha de Nacimiento (Mes en letras) | Sexo (en letras) | Tipo Sanguineo |
|---|---|---|
| 2 0 1 4 — MAYO — 0 7 | RASCLILIEO | O + |

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

COLOMBIA ANTIOQUIA RIONEGRO

Fecha de Inscripción (Mes en letras) — Indicativo serial

0 0 1 — Mes JUL — Día 24 — 0053935462

*Datos de la Madre*

Apellidos y Nombres completos

SALAZAR ECHEVERRY LUISA FERNANDA

| Documento de Identificación (Clase y numero) | Nacionalidad |
|---|---|
| CEDULA DE CIUDADANIA 1.036.948.588 | COLOMBIA |

*Datos del Padre*

Apellidos y Nombres completos

ECHAVARRIA VELEZ JUAN CARLOS

| Documento de Identificación (Clase y numero) | Nacionalidad |
|---|---|
| CEDULA DE CIUDADANIA 70.876.471 | COLOMBIA |

*Datos del Solicitante*

Apellidos y Nombres completos

Documento de Identificacion (Clase y numero)

CEDULA DE CIUDADANIA 6.471

*Espacio para notas*

*y que expresa el*

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)

Año 2014 Mes JUL

Nombre y Firma del funcionario

OSCAR ALBERTO GARCIA ALZATE

Registrador del Estado Civil

PROTECCION PROTECTION Adhesivo Copia SELLADO SEAL YOUR Registro Civil

**REPUB£TCA DE COLOMBIA**
ORGANIZACION ELECTORAL
REGt6YWgURâA NACtORA\. gE\. EBTADO CIVIL

**TERTIFICADO BE REGISTRO CIVIL DE I ACIMIENTO**

**Numero:N** **1228 3 9 5**

1.157.214.704

| d | Datos Esenciales | Arreditar Parentesco |
|---|---|---|

*/DaIos del Inscrito*

Aellidos y Nombres compleios

ATEHORTUA SALAZAR JUAN JOSE

Año 2017 Mes JUL Día 1

Ssxo (en letr s) ASGULINO. Tipo Sanguíneo O +

Lugar de nacimiento (Pals • Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspeccion)

U.OLONB IA ANT I ODU IA RI ONEGRO .

Fecha de Inscri cion (Mes en letras

AfiO Mcs 1 Día 1

Indicativo senal 056752449

*Datos de la Madre*

Apellidos y Nombres completos

SALAZAR ECHEVERRY EUi SA FERNANDA

| Documento de Identification fClase y numeroL | Nacionatidad |
|---|---|
| PEDULA DE CI UDADA I IA 1 . 036. 948. 588 | COLOHB IA |

*Datos del Padre*

Apellidos y Nombres completos

ATEHORTUA RIOS JAVIER ESTEBAN

| Documento de identificacion (Clase y numerc) | Nacionalidad |
|---|---|
| CEDULA DE CIUDADANIA 1.017.143.531 | COLOMBIA |

*Datos del Solmitante*

Ape]]idos y Nombrcs comuJetos

ATEHORTUA RIS5 JAVIER ESTEBAN

DocumentodeIdentificaOonCGlaseynumero

CEDULA DE CI UDADAN IA 1 . 017. 143 . 531

*Espacio para notas*

Adhesivo Copia Registro Civil 21027831-5

REGISTRADURÍA DEL ESTADO CIVIL

*fLtatos de* la o I^c na *de registr'o yue 'e'xpide el certi*

Pals - Departamento - Munich o

COLOMBIA ANTIOQUIA RIONEGRO Codigo B 3 W

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)

Año 2017 Mes JUL Día 21

Nombre y II del funcionario

OSGAR AOBERTO GARCH ALZATE

Registrador del Estado Civil