

 <p>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</p>	<p align="center">DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES)</p> <p align="center">REGIONAL TOLIMA</p> <p align="center">CENTRO DE INDUSTRIA Y CONSTRUCCION-TOLIMA - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION</p> <p align="center">Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1</p> <p align="center">Resolución DIAN N° 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)</p>		<p>Código Regional</p>	73
			<p>Código Centro</p>	922610
			<p>Fecha Elaboración</p>	Diciembre de 2021
			<p>Versión</p>	JUNIO 2021 - 3,21
			<p>ID de Proceso</p>	93142-940091
		<p>No. de documento</p>	307161	

DATOS DEL CONTRATISTA			
<p>Nombres y apellidos contratista:</p>	FABIAN FERNANDO BERNAL VELASQUEZ	<p>C.C.</p>	93.387.268
<p>Correo electrónico contratista:</p>	ffbernal@sena.edu.co	<p>IP/N° de contacto</p>	86119
<p>Régimen del IVA:</p>	NO RESPONSABLE	<p>Pertenece al régimen simple de tributación?</p>	NO
		<p>Es declarante de renta?</p>	NO
		<p>Es Pensionado?</p>	NO
<p>Sus ingresos en el 2020 Superaron \$49'849.000</p>	NO	<p>Inducción SST</p>	SI
		<p>Presta Servicios Excluidos de IVA ?</p>	SI
<p>Banco al cual consignar:</p>	BANCOLOMBIA	<p>Tipo de cta</p>	AHORROS
		<p>N° Cuenta</p>	80725756642
<p>Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato?</p>	NO	<p>Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2021 supera los \$ 119'806.000</p>	NO

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO			
<p>N° del contrato:</p>	2643337/2021	<p>N° Compromiso SIIF</p>	209321
<p>Valor Total del Contrato</p>	\$ 20.020.000	<p>N ° Pago</p>	6
<p>Saldo Anterior del Contrato</p>	\$ 2.310.000	<p>Periodo objeto de pago</p>	Del 01/12/2021 Al 18/12/2021
<p>Nuevo Saldo del Contrato</p>	\$ 0	<p>Legalización comisiones del periodo</p>	\$ 0,00
<p>OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)</p>	<p>CONTRATACION INSTRUCTORES: CO1.PCCNTR.2643337, PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN PARA IMPARTIR FORMACIÓN TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA EN LA MODALIDAD PRESENCIAL DENTRO DEL PROGRAMA REGULAR INSTITUCIONAL DE PEDAGOGÍA Â€ EMPREN</p>		

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO			
<p>Ingresos por honorarios</p>	\$ 2.310.000	<p>Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°</p>	0,95%
<p>Ingresos de otros meses cobrados en el mes</p>	\$ 3.850.000	<p>Retención en la Fuente del Periodo</p>	\$ 34.583
<p>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</p>	\$ 6.160.000	<p>Menos, Retefuente Otros Ingresos</p>	\$ 0
<p>BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE</p>	\$ 3.631.275	<p>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</p>	\$ 34.583

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR			
<p>N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS</p>	Diciembre	Noviembre	
<p>Ingreso Base de Cotización - IBC</p>	\$ 924.000	\$ 1.540.000	<p>Valor Base retención en la fuente</p>
<p>Aporte obligatorio a seguridad social salud</p>	\$ 115.500	\$ 192.500	<p>Valor Base retención en la fuente ICA</p>
<p>Aporte obligatorio a seguridad social Pensión</p>	\$ 147.900	\$ 246.400	<p>Valor base IVA</p>
<p>Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional</p>	\$ -	\$ 0	<p>IVA (Si es RESPONSABLE)</p>
<p>ARL</p>	\$ 4.900	\$ 8.100	<p>Menos Retención en la Fuente</p>
<p>Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias</p>	\$ -	\$ -	<p>Menos Retencion IVA</p>
<p>Aportes voluntarios a cuentas AFC</p>	\$ -	\$ -	<p>Reteica - 8544</p>
<p>Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.522.064</p>	\$ -	\$ -	<p>Bomberos</p>
<p>Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.630.800</p>	\$ -	\$ -	<p>Otras Retenciones</p>
<p>Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes</p>	\$ 246.400	\$ -	<p>Otras Retenciones</p>
<p>Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes</p>	\$ 192.500	\$ -	<p>Otras Retenciones</p>
<p>Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes</p>	\$ 8.100	\$ -	<p>Descuentos de Libranza</p>
<p>Dependientes hasta \$ 1.161.856</p>	\$ 616.000	\$ -	<p>Descuentos de embargo (Si tiene)</p>
<p>Salud hasta \$ 580.928</p>	\$ -	\$ -	<p>VALOR A PAGAR</p>
<p>Renta Exenta 25% \$ 8.713.920</p>	\$ 1.210.425	\$ -	<p>\$ 2.268.909,00</p>
<p>Retención en la Fuente Contingente \$ -</p>	\$ -	\$ -	

SON: DOS MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y OCHO MIL NOVECIENTOS NUEVE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO	
<p>Se finalizaron las formaciones y se hicieron cierre de las fichas 2444632 - 2444633 - 2444640 - 2444644 - 2444647 con sus indicadores completos y reportes evaluativos totales. Así mismo se viene realizando cierre final con sus reportes finales de ficha 2462452 en la semana comprendida del día 13 al 18 de diciembre del año en vigencia.</p>	

<p>PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:</p> <p>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.</p>	<p align="center">FABIAN FERNANDO BERNAL VELASQUEZ EL CONTRATISTA</p>
---	---

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO	
<p>En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:</p> <p>1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;</p> <p>2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;</p> <p>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.</p>	<p align="center">MARCO TULIO RAMIREZ BARRIOS INSTRUCTOR</p>

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

LINA LIZETH MARTINEZ CALDERON
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 93387268		BERNAL VELASQUEZ FABIAN FERNANDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	MZ 8 CS 5 BARRIO ARCA PARAISO	IBAGUE-TOLIMA	2677334	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-11	2021-11	35331375	9427662177	I	2021/12/16	2021/12/09	BANCO DE OCCIDENTE	0	\$447,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																					
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,540,000	\$246,400			\$1,540,000	\$192,500			\$0	\$0			\$1,540,000	\$8,100		\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,540,000	\$246,400			\$1,540,000	\$192,500			\$0	\$0			\$1,540,000	\$8,100		\$0	\$0
Ciudad: IBAGUE Depto: TOLIMA (1 Afiliados)					\$1,540,000	\$246,400			\$1,540,000	\$192,500			\$0	\$0			\$1,540,000	\$8,100		\$0	\$0
1	CC 93387268	BERNAL FABIAN	230201	30	\$1,540,000	\$246,400	EPS002	30	\$1,540,000	\$192,500		0	\$0	\$0	14-23	30	\$1,540,000	\$8,100	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$1,540,000	\$246,400			\$1,540,000	\$192,500			\$0	\$0			\$1,540,000	\$8,100		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 93387268		BERNAL VELASQUEZ FABIAN FERNANDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	MZ B CS 5 BARRIO ARCA PARAISO	IBAGUE-TOLIMA	2677334	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Valor
2021-11	2021-11	35331375	9427662177	I	2021/12/16	2021/12/09	BANCO DE OCCIDENTE	\$447,000

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$246,400	\$0	\$0	\$246,400
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$246,400	\$0	\$0	\$246,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$8,100	\$0	\$0	\$8,100
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$8,100	\$0	\$0	\$8,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$192,500	\$0	\$0	\$192,500
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	\$192,500	\$0	\$0	\$192,500
TOTAL				1	\$447,000	\$0	\$0	\$447,000

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Ibagué, Diciembre 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:

T.I.	1.107.980.765	Santiago Bernal Olaya	HIJO
-------------	----------------------	------------------------------	-------------

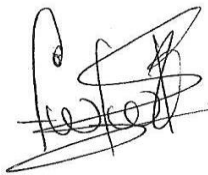
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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,



FABIAN BERNAL V.

FIRMA

Nombre: FABIAN FERNANDO BERNAL VELASQUEZ

C.C. No. 93.387.268 DE IBAGUE

9 5 8 6 7 0 2 4 *

NUIP 1107980765

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 42019856

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐	Notaría ☒	Número ☐	Consulado ☐	Corregimiento ☐	Inspección de Policía ☐	Código	T6	B
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía COLOMBIA-TOLIMA-IBAGUE								

Datos del inscrito

Primer Apellido BERNAL		Segundo Apellido OLAYA	
Nombre(s) SANTIAGO			
Fecha de nacimiento Año 2009 Mes DIC Día 13		Sexo (en letras) MASCULINO	Grupo Sanguíneo O
Factor RH POSITIVO			
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección) COLOMBIA-TOLIMA-IBAGUE			

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	Número certificado de nacido vivo 51892070-5
--	---

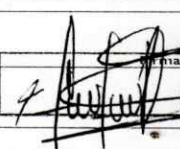
Datos de la madre

Apellidos y nombres completos OLAYA BOLIVAR LUYEY	
Documento de identificación (Clase y número) C.C. 65773468 DE IBAGUE TOLIMA	Nacionalidad COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos BERNAL VELASQUEZ FABIAN FERNANDO	
Documento de identificación (Clase y número) C.C. 93387268 DE IBAGUE TOLIMA	Nacionalidad COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos BERNAL VELASQUEZ FABIAN FERNANDO	
Documento de identificación (Clase y número) C.C. 93387268 DE IBAGUE TOLIMA	Firma 

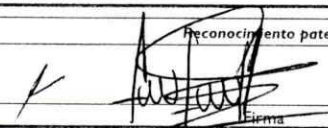
Datos primer testigo

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 2009 Mes DIC Día 30	Nombre y firma del funcionario que autoriza CESAR-AUGUSTO-ALVARADO GAITAN- 
---	--

Reconocimiento paterno 	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento CESAR AUGUSTO ALVARADO GAITAN 
---	---

REGISTRADO EN EL LIBRO DE VARIOS TOMO 53 FOLIO 57 VICEPRES 30 DE 2009

— ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO —

NOTA: SE ADEIBAGUE