

 <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>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE CENTRO AGROINDUSTRIAL Y FORTALECIMIENTO EMPRESARIAL DE CASANARE - SERVICIOS PREST</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	41523-556836
	No. de documento	316853

DATOS DEL CONTRATISTA			
Nombres y apellidos contratista:	JULIO ARMANDO VILLAMIZAR CARDONA	C.C.	13.567.254
Correo electrónico contratista:	javillamizarc@misena.edu.co	IP/N° de contacto	3163071516
Régimen del IVA:	☐ NO RESPONSABLE	Pertenece al régimen simple de tributación?	☐ NO
	☐ SI	Es declarante de renta?	☐ SI
	☐ SI	Es Pensionado?	☐ NO
Sus ingresos en el 2020 Superaron \$49'849.000	☐ SI	Inducción SST	☐ SI
	☐ SI	Presta Servicios Excluidos de IVA ?	☐ SI
Banco al cual consignar:	BANCO CAJA SOCIAL	Tipo de cta	AHORROS
		N° Cuenta	24080676649
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:	2375799/2021	N° Compromiso SIIF	34921
Valor Total del Contrato	\$ 33.540.000	N ° Pago	9
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 SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL, POR PERIODOS FIJOS CON EJECUCIÓN DE 160 HORAS AL MES O PROPORCIONAL A LAS HORAS EJECUTADAS COMO INSTRUCTOR DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL Y FORMACIÓN COMPLEMENTARIA, EN LA OFERTA REGULAR DEL CENTRO, APLICANDO EL MODELO PEDAGÓGICO		

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Ingresos por honorarios	\$ 2.340.000	Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°	1,18%
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 3.900.000	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 43.546
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 6.240.000	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 3.678.450	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 43.546

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR			
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	Diciembre	Noviembre	
	-----	4424150100	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 936.000	\$ 1.560.000	Valor Base retención en la fuente 3.678.450,00
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 V	\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente 43.546,00
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -	-	Menos Retención IVA 0,00
Aportes voluntarios a cuentas AFC	\$ -	-	Reteica - 8299 16.380,00
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.522.064	\$ -	-	0,700%
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.630.800	\$ -	-	Otras Retenciones 0,00
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 249.600	-	0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 195.000	-	0,000%
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	-	0,000%
Dependientes hasta \$ 1.161.856	\$ 624.000	-	0,000%
Salud hasta \$ 580.928	\$ -	-	0,000%
Renta Exenta 25% \$ 8.713.920	\$ 1.226.150	-	0,000%
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	-	0,000%
		VALOR A PAGAR	\$ 2.280.074,00

SON: DOS MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA MIL SETENTA Y CUATRO PESOS M/CTE	
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO	
<p>Programa: Técnico en Producción de Petróleo y Gas ficha 2278924 Yopal Total de Aprendizices activos 22 y 3 deserciones</p> <p>Atender la formación de aprendices en las competencias, resultados de aprendizaje y actividades de los proyectos de formación</p> <p>Elaboración de portafolio de instructor</p> <p>A.A. Transferir hidrocarburos fiscalizados según procedimientos técnicos</p> <p>TOTAL HORAS ACTIVIDADES ACADÉMICAS: 45 hr ficha 2278924 - 24 hr ficha 2278848 - 11 Hr seguimiento ficha 2090325</p> <p>Reuniones del equipo de Desarrollo Curricular Red de conocimiento de hidrocarburos: 16 horas</p> <p>Total de horas reportada en sofia 96 Hr</p>	
Numero de planilla PILA 4424159175 del mes de diciembre	

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.	JULIO ARMANDO VILLAMIZAR CARDONA 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, EDWARD JAVIER ROJAS ROMERO INSTRUCTOR G09

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

JOHANA ASTRID MEDINA PEÑA DIRECTORA REGIONAL CON FUNCIONES DE SUBDIRECTOR DE CENTRO
--

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:		13567254		NÚMERO PLANILLA:		4424150100		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES	
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:				JULIO ARMANDO VILLAMIZAR CARDONA				PERIODO COTIZACIÓN OTROS		MES		noviembre AÑO		2021	
CIUDAD/MUNICIPIO:		YOPAL		DEPARTAMENTO:		CASANARE		DÍAS DE MORA:		0		PERIODO COTIZACIÓN SALUD:		MES	
DIRECCIÓN:		CALLE 34A N 21A-02 SEGUNDO PISO		TELÉFONO:		6356342		FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2021/12/13		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9997954415	
TIPO APORTANTE:		02-INDEPENDIENTE		CLASE APORTANTE:		I-INDEPENDIENTE									
TIPO EMPRESA:		PRIVADA		ACTIVIDAD ECONOMICA:		Actividades reguladoras y facilitadoras de la act									
FORMA DE PRESENTACIÓN:		ÚNICO													
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):				NO											

TOTAL APORTES A PENSIÓN												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	\$ 249.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 249.600	\$ 0	\$ 249.600
SUBTOTALES:										\$ 249.600	\$ 0	\$ 249.600

TOTAL APORTES A SALUD																
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS044	EPS044-MEDIMÁS	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 195.000		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 195.000	\$ 0	\$ 195.000
SUBTOTALES:												\$ 195.000	\$ 0	\$ 0		\$ 195.000

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 8.200	\$ 8.200	\$ 0	\$ 0	\$ 8.200
SUBTOTALES:									\$ 8.200	\$ 0	\$ 0	\$ 8.200

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																									
DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES										SEGURIDAD SOCIAL																	PARAFISCALES																				
Nº	IDENTIFICA CIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN				SEGURIDAD SOCIAL			SALUD				ARP			IBC	CCF					SENA	ICBF	ESAP	MINEDU							
																											ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN		VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC					CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBI	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 13567254	VILLAMIZAR CARDONA JULIO ARMANDO	INDEPENDIE NTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		\$ 1.560.000				NO																		230301- PORVENIR	30		\$ 1.560.000	\$ 249.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 249.600	EPS044- MEDIMÁS	30		\$ 1.560.000	\$ 195.000	\$ 0	\$ 195.000	14-23- POSITIVA COMPAÑI A DE SEGUROS S.A.	30		\$ 1.560.000	\$ 13567254	\$ 8.200	\$ 0		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL \$ 452.800

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 18 de 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:

NUIP - NIP	1029657994	KARLA ZAHARICK VILLAMIZAR BOHORQUEZ	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: Julio Armando Villamizar Cardona

C.C. 13.567.254

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

NUIP 1.029.657.994

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

51500649

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒	Notaría ☐	Número <input type="text"/>	Consulado ☐	Corregimiento ☐	Inspección de Policía ☐	Código	A	F	A
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía									
REGISTRADURIA DE YOPAL-H LA YOPAL - COLOMBIA - CASANARE - YOPAL									

Datos del inscrito

Primer Apellido				Segundo Apellido										
VILLAMIZAR.....				BOHORQUEZ.....										
Nombre(s)														
KARLA ZAHARICK.....														
Fecha de nacimiento				Sexo (en letras)		Grupo sanguíneo		Factor RH						
Año	2	0	1	1	Mes	O	C	T	Día	0	9	FEMENINO	A	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..... 10811602-9.....

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos	
BOHORQUEZ EGLA PATRICIA.....	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 33.481.397.....	COLOMBIA.....

Datos del padre

Apellidos y nombres completos	
VILLAMIZAR CARDONA JULIO ARMANDO.....	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 13.567.254.....	COLOMBIA.....

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos	
VILLAMIZAR CARDONA JULIO ARMANDO.....	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 13.567.254.....	

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 2 0 1 1 Mes O C T Día 1 0

Nombre y firma del funcionario que autoriza

JUAN CARLOS POLANIA ALENCAR - REG

Nombre y firma