SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

**DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÒN DE SERVICIOS PERSONALES)**
**REGIONAL SANTANDER**
**CENTRO AGROTURISTICO - SANTANDER - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION.**
**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** | **68** |
| **Código Centro** | **954110** |
| **Fecha Elaboración** | **18 Diciembre de 2021** |
| **Versión** | **JUNIO 2021 - 3,21** |
| **ID de Proceso** | **27788-521864** |
| **No. de documento** | **297292** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | MARIO ANGEL ANGARITA DIAZ | **C.C.** | 11.189.168 | **IP/Nº de contacto** | 3076718561 |
| **Correo electrónico contratista:** | mangaritad@sena.edu.co | | | | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Régimen del IVA:** | NO RESPONSABLE | **Pertenece al régimen simple de tributación?** | SI | **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 | **Nº Cuenta** | | 24036326860 | |
| **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:** | 2220147/2021 | | **Nº Compromiso SIIF** | **13021** | |
| **Valor Total del Contrato** | $ 31.356.000 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 1.474.000 | **11** | **Del 01/12/2021** | **Al 18/12/2021** | **$ 1.474.000,00** |
| **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 y/o complementaria en el área de Turismo de Aventura, en los diferentes programas que atiende el centro agroturistico regional santander

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 1.474.000 | | Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383° | 0% |
| | | | Retencion en la Fuente del Periodo | $ 0 |
| Ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ 2.680.000 | | | |
| **TOTAL INGRESOS DEL PERIODO** | **$ 4.154.000** | | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 2.368.575** | | **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** | ---------- | **21995345** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 908.526 | $ 1.072.000 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 113.600 | $ 134.000 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 145.400 | $ 171.600 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 |
| ARL V | $ - | $ 0 |
| 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 | $ 180.500 | |
| Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ 141.000 | |
| Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ - | |
| Dependientes hasta $ 1.161.856 | $ 415.400 | |
| Salud hasta $ 580.928 | $ - | |
| Renta Exenta 25% $ 8.713.920 | $ 789.525 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Valor Base retención en la fuente | 2.368.575,00 | TARIFA |
| Valor Base retención en la fuente ICA | 1.215.000,00 | |
| Valor base IVA | 0,00 | |
| IVA (Si es RESPONSABLE) | 0,00 | 19% |
| Menos Retención en la Fuente | 0,00 | 0% |
| Menos Retencion IVA | 0,00 | 0% |
| Reteica - 8299 | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| Otras Retenciones | 0,00 | 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** | **$ 1.474.000,00** | |

**SON: UN MILLÓN CUATROCIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

FICHA 2140539 PROGRAMA FORMACION TITULADA: TECNOLOGO EN GUIANZA TURISTICA TOTAL DE HORAS MES DE DICIEMBRE: 44
COMPETENCIA: Prestar el servicio de guianza de acuerdo con lo requerido por el usuario.
RESULTADO DE APRENDIZAJE: Evaluar el servicio con los usuarios atendidos según políticas y protocolos institucionales.
Realizar la evaluación de la actividad de acuerdo con la política de la organización.
Fecha de inicio: 01/12/2021 Fecha finalización 09/12/2021 Total de horas del evento: 20
COMPETENCIA: Controlar el desarrollo de los programas turísticos de acuerdo a los objetivos propuestos.
RESULTADO DE APRENDIZAJE: Verificar el cumplimiento del desarrollo del programa de acuerdo con normas, protocolos y metas establecida
Elaborar informe del desarrollo del programa turístico para el mejoramiento continuo de la actividad según políticas de la organizació
Fecha de inicio: 10/12/2021 Fecha finalizacion 17/12/2021 Total de horas del evento: 24

**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.

**MARIO ANGEL ANGARITA DIAZ**
**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,

**OSCAR WILLIAM VERGARA ROMERO**
**INSTRUCTOR G15**

**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**

ASOPAGOS s.a.

| | |
|---|---|
| RAZON SOCIAL : | MARIO ANGEL ANGARITA DIAZ |
| IDENTIFICACION: | CC-11189168 |
| COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 00 |
| NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 00 |
| FECHA GENERACION REPORTE: | 2021-12-02 |
| FECHA LIMITE DE PAGO: | 2021-12-16 |
| FECHA DE PAGO: | 2021-12-02 |
| ENTIDAD DE PAGO: | BBVA COLOMBIA S.A. |
| PERIODO PENSION: | 2021-11 |
| PERIODO SALUD: | 2021-11 |
| NUMERO PLANILLA: | 21995345 |
| TOTAL COTIZANTES: | 1 |
| REFERENCIA DE PAGO (PIN): | 21995345 |
| 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 | $ 1.074.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 134.300 | $ 134.300 |
| 230301 | 800224808 | PORVENIR | 1 | $ 1.074.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 171.900 | $ 171.900 |
| CCF40 | 890201578 | COMFENALCO SANTANDER | 1 | $ 1.074.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 6.500 | $ 6.500 |
| | | | | Total a pagar | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 312.700 | $ 312.700 |

PAGADO

| | |
|---|---|
| FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES: | 19/01/2021 |

| | |
|---|---|
| | Versión: 04 |
| | Código: GTH- F- 074 |

## Proceso Gestión del Talento Humano

## Formato entrega de bienes e información de ejecución contractual por el contratista

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA:** Mario Angel Angarita Diaz | | | | | | **IDENTIFICACIÓN** |
| **CIUDAD** | San Gil | **FECHA** | 18 de Diciembre de 2021 | **REGIONAL** | Santander | 11.189.168 |
| **DIRECCIÓN U OFICINA DONDE SE EJECUTÓ EL CONTRATO:** | | Calle 22 N°9-82- Centro Agroturistico | | | | |
| **NÚMERO Y FECHA DE CONTRATO:** | | CO1.PCCNTR.2220147 del 04 de Febreroo de 2021 | | | | |

## CAUSAL DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **LIQUIDACIÓN POR MUTUO ACUERDO** | x | **CESIÓN** | | **LIQUIDACIÓN ANTICIPADA POR MUTUO ACUERDO** | | **TERMINACIÓN UNILATERAL** | |

| **DEPENDENCIA SENA** | **Marcar con x** | **RESPONSABLES** | |
|---|---|---|---|
| | | **NOMBRES Y APELLIDOS** | **FIRMA** |
| GESTIÓN DE TIC | x | **Cesar Ivan Ramirez Gomez** | |
| ADMINISTRACIÓN DE DOCUMENTOS | x | **Martha Susana Torres pineda** | |
| ENTREGA CARNÉ (A Supervisor del Contrato en las Regionales y Centros de Formación) SECRETARÍA GENERAL | x | **Oscar William Vergara Romero** | |
| ALMACÉN E INVENTARIOS | x | **Generar reporte de https://miinventario.sena.edu.co/Inicio.aspx y anexar al formato, garantizando que no tiene elementos a su cargo.** | |
| SERVICIOS GENERALES, ADQUISICIONES (Administración de edificio; Contratación) | x | **Sonia Maria Sepulveda Plata** | |
| CONTABILIDAD | x | **Claudia Stella Fuentes Delgado** | |
| TESORERIA | x | **Lina Marcela Henao Vanegas** | |
| COORDINACIÓN DE: ÁREA/GRUPO/ ACADEMICA | x | **Oscar William Vergara Romero** | |
| BIBLIOTECA | x | **Yudith Milagros Martinez Bautista / Omaira Lliliana Uribe Garcia / Liduvina Cortes Duran** | |
| ADMINISTRACION EDUCATIVA | x | **Nelcy Mabel Mayorga Pinto** | |
| LIDER SIGA | x | **Zaida Jeleidy Garcia Jaimes** | |
| APOYO AL SEGUIMIENTO DE LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS | x | **Jorge Ivan Gualdron Arenas/ Omar Alonso Lizarazo Vargas/ Crisitnam Suarez Guaitero** | |
| SUPERVISOR DE CONTRATO | x | **Oscar William Vergara Romero** | |

ELEMENTOS FALTANTES U OBLIGACIONES PENDIENTES (Relacionar con su respectivo valor)

OTROS : _____

Firma del Contratista

| | | |
|---|---|---|
| SENA | SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA<br>PROCESO DE GESTIÓN DE INFRAESTRUCTURA Y LOGÍSTICA<br>RELACION DE BIENES A CARGO DEL CUENTADANTE | Versión: 1.01<br>Fecha: 15.10.2020 |

De acuerdo con los registros del Sistema para la Administración y Control de Bienes SACB, el Sr(a) ANGARITA DIAZ MARIO ANGEL identificado(a) con CC. 11189168 NO registra bienes a cargo.

Fecha de emisión del reporte: 6 de Diciembre de 2021 a las 14:43:20

El cuentadante responde administrativa y fiscalmente por los bienes aquí relacionados y rendirá cuentas de su utilización Todo ello según lo dispuesto sobre este particular en la Constitución Política Nacional Art. 124 y en especial lo establecido en los numerales 21 y 22 del Art. 34 de la Ley 734 de 2002; Resolución 1378 de 2018 y en las obligaciones generales de los Contratos de Prestación de Servicios.



Scanned by TapScanner

*CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS*

San Gil, 18 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** | **1101262203** | **ARIADNE ANGARITA VESGA** | **HIJO** |

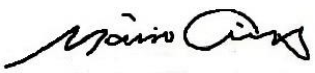
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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,



Nombre: Mario Ángel Angarita Díaz
C.C. 11.189.168

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1101262203

Indicativo Serial 50360851

**Datos de la oficina de registro - Clase de oficina**

Registraduria [ ] Notaria [X] Número 01 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código R 5 H

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

COLOMBIA* SANTANDER* SAN GIL ( NOTARÍA PRIMERA)

**Datos del inscrito**

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| ANGARITA | VESGA |

| Nombre(s) |
|---|
| ARIADNE |

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2014 Mes JUN Día 25 | FEMENINO | A | POSITIVO |

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

COLOMBIA * SANTANDER * SAN GIL

| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO MÉDICO | 12494476-7 |

**Datos de la madre**

Apellidos y nombres completos: VESGA RUEDA MAIRA ALEJANDRA

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| C.C. No. 1.100.960.402 DE SAN GIL | COLOMBIANA |

**Datos del padre**

Apellidos y nombres completos: ANGARITA DIAZ MARIO ANGEL

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| C.C. No. 11.189.168 DE ENGATIVA | COLOMBIANA |

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos: ANGARITA DIAZ MARIO ANGEL

| Documento de Identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| C.C. No. 11.189.168 DE ENGATIVA | |

**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 2014 Mes JUL Día 09 | ANGELA YOLIMA SANCHEZ ACUÑA<br>NOTARIA PRIMERA DEL CIRCULO DE SAN GIL<br>Nombre y firma |

| Reconocimiento paterno | Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento |
|---|---|
| Firma | ANGELA YOLIMA SANCHEZ ACUÑA<br>NOTARIA PRIMERA DEL CIRCULO DE SAN GIL<br>Nombre y firma |

**ESPACIO PARA NOTAS**

. ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

**NOTARÍA PRIMERA DEL CIRCULO DE SAN GIL-SANTANDER**
**NOTARIA: DRA. ANGELA YOLIMA SANCHEZ ACUÑA**
CARRERA 10 No. 10-25, tel 7241459, 7235633
notaria1.sangil@gmail.com

ES FIEL COPIA TOMADA DE SU ORIGINAL, QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA NOTARIA, BAJO EL SERIAL No. 50360851.

SE EXPIDE A SOLICITUD DEL INTERESADO, MARIO ANGEL ANGARITA DIAZ CON C.C. No. 11.139.168 DE BOGOTA - PADRE.

VALIDO: PARA TRAMITE LEGAL

FECHA DE EXPEDICIÓN: SEPTIEMBRE 27 DE 2018.-

LA NOTARIA PRIMERA,

REPUBLICA DE COLOMBIA ANGELA YOLIMA SANCHEZ ACUÑA NOTARIA 1a CIRCULO DE SAN GIL. SDER

**ANGELA YOLIMA SANCHEZ ACUÑA**