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 GUAVIARE
CENTRO DE DESARROLLO AGROINDUSTR, TURISTICO Y TECNOLOG DEL GUAVIARE- SERVCIOS PRE
Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA **Nit adquiriente: 899.999.034-1**
Resolución DIAN Nº 18764024257695 autoriza desde 360,001 hasta 750,000 (Enero 18 de 2022)

Código Regional	95
Código Centro	953310
Fecha Elaboración	Marzo de 2022
Versión	ENERO 2022 - 1,22
ID de Proceso	07540-185455
No. de documento	372283

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	ANDRES FELIPE ISAZA OSORIO	**C.C.**	1.061.771.091	**IP/Nº de contacto**	0
Correo electrónico contratista:	andresfio94@gmail.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 2021 fueron iguales o superiores	SI	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**	SI
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**	82870690866
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 2022 supera los $ 125'413.200**		NO	

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato:	3430661/2022		**Nº Compromiso SIIF**	8322		
Valor Total del Contrato	$ 43.560.227	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**			**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 39.437.808	2	**Del** 01/03/2022	**Al**	31/03/2022	$ 4.122.419,00
Nuevo Saldo del Contrato	$ 35.315.389		Legalización comisiones del periodo		$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR, PARA ORIENTAR FORMACIÓN TITULADA Y COMPLEMENTARIA PRESENCIAL EN ÁREA AGRICOLA-AGROINDUSTRIAL, QUE IMPARTE EL CDATTG, EN GUAVIARE Y SUR META. RADICADO NO.95-9-2022-000212.

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.122.419	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	**$ 4.122.419**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.430.058**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Marzo	Febrero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	---	9432297123
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.648.968	$ 1.648.968
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 206.200	$ 206.200
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 263.900	$ 263.900
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 17.300	$ 17.300
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 $ 3.800.400	$ -	
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 $ 1.216.128	$ 412.242	
Salud hasta $ 608.064	$ -	
Renta Exenta 25% $ 9.120.960	$ 810.019	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.430.058,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.652.319,00	
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	0,000%
-	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	**$ 4.122.419,00**	

SON: CUATRO MILLONES CIENTO VEINTIDOS MIL CUATROCIENTOS DIECINUEVE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Solicitud apertura Fichas Complementarias, ruta en Sofía Plus y procesos de evaluación.
Gestión documental de futuras competencias de formación, verificación de documentación y registro en la plataforma Sofía Plus.
Reuniones institucionales de inducción y programación general de formación 2022.
Socialización y concertación de los programas de formación complementaria a impartir en el municipio de San José, Calamar y el Viso- M

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 veridica; 5. He leido y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí diligenciados.

ANDRES FELIPE ISAZA OSORIO
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 periodo 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,

GUSTAVO ADOLFO ACOSTA RODRIGUEZ
INSTRUCTOR

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

LUZ PIEDAD ECHEVERRY QUICENO
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1061771091		ISAZA OSORIO ANDRES FELIPE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 22 # 20-35	SAN JOSE DEL GUAVIARE-GUAVIARE	5840536	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-03	2022-03	1368970566	9432297123	I	2022/04/25	2022/03/15	BANCOLOMBIA	0	$487,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC	1061771091	ISAZA ANDRES	25-14	30	$1,648,968	$263,900	EPS037	30	$1,648,968	$206,200		0	$0	$0	14-23	30	$1,648,968	$17,300	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					**$1,648,968**	**$263,900**			**$1,648,968**	**$206,200**			**$0**	**$0**			**$1,648,968**	**$17,300**		**$0**	**$0**

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$263,900	$0	$0	$263,900
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$263,900	$0	$0	$263,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$17,300	$0	$0	$17,300
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$17,300	$0	$0	$17,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$206,200	$0	$0	$206,200
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$206,200	$0	$0	$206,200
TOTAL				1	$487,400	$0	$0	$487,400

2022/03/15 10:29 AM

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

San José Del Guaviare, 15 de marzo de 2022

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
San Jose Del Guaviare

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	**1107526038**	**Emma Liliana Isaza Solarte**	**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
ANDRÉS FELIPE ISAZA OSORIO
C.C.1.061.771.091

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

22313427-7

52797381

NUIP 1.107.526.038

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 152797381

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [X] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** T 5 Y

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

REGISTRADURIA DE CALI - COLOMBIA - VALLE - CALI

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ISAZA	SOLARTE

Nombre(s)

EMMA LILIANA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2017 Mes JUN Día 08	FEMENINO	A	POSITIVO

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

COLOMBIA VALLE CALI

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
PRESENTACION PERSONAL Y FIRMA DEL FOLIO	

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

SOLARTE SOTELO DIANA MARICELA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.113.527.263	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

ISAZA OSORIO ANDRES FELIPE

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.061.771.091	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

SOLARTE SOTELO DIANA MARICELA

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.113.527.263	Diana M Solarte

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 2018 Mes FEB Día 05	ALMA MILENA DEL PILAR MARMOLEJO C Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Andrés felipe Isaza O - 1061771091 Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -