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 CUNDINAMARCA
CENTRO INDUSTRIAL Y DESARROLLO EMPRESARIAL DE SOACHA-CUNDINAMARCA - SERVICIOS PR
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	**25**
Código Centro	**923210**
Fecha Elaboración	**Marzo de 2022**
Versión	**ENERO 2022 - 1,22**
ID de Proceso	**51184-686215**
No. de documento	**383931**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	ANDRES LEONARDO CASCAVITA CORDOBA	**C.C.**	1.030.521.647	**IP/Nº de contacto**	3103170
Correo electrónico contratista:	alcascavita@misena.edu.co				

Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Pertenece al régimen simple de tributación?**	NO	**Es declarante de renta?**	NO	**Es Pensionado?**	NO
Sus ingresos en el 2021 fueron iguales o superiores	NO	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**		SI	
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		22108688118	
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:	3311962/2022			**Nº Compromiso SIIF**		**19422**	
Valor Total del Contrato	$ 42.107.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 38.109.500	**2**	**Del**	**01/03/2022**	**Al**	**31/03/2022**	**$ 3.997.500,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 34.112.000		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES CON PLENA AUTONOMÍA TÉCNICA Y ADMINISTRATIVA COMO INSTRUCTOR PARA ATENDER LAS NECESIDADES DEL ÁREA DE FORMACIÓN DEL PROGRAMA DE FORMACIÓN TITULADO BAJO LA LÍNEA DE ASISTENCIA ADMINISTRATIVA DEL CENTRO INDUSTRIAL

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.997.500	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	**$ 3.997.500**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.667.600**	**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	----------	**1044577641**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.545.700	$ 1.545.700
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 193.300	$ 193.300
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 247.400	$ 247.400
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 8.100	$ 8.100
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	$ -	
Salud hasta $ 608.064	$ -	
Renta Exenta 25% $ 9.120.960	$ 889.200	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.667.600,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.556.800,00	
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	21.341,00	0,600%
-	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	**$ 3.976.159,00**	

SON: TRES MILLONES NOVECIENTOS SETENTA Y SEIS MIL CIENTO CINCUENTA Y NUEVE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Garantizar la formación profesional integral Ficha 2399341 Elaborar documentos de acuerdo con normas técnicas 50 Horas
Garantizar la formación profesional integral F:2453238 Atender clientes de acuerdo con procedimiento de servicio normativa 19.90 Horas
Garantizar la formación profesional integral F:2497359 Atención y servicio al cliente 32 Horas
Garantizar la formación profesional integral F:2356096 Tramitar correspondencia de acuerdo con procesos técnicos 14.90 Horas
Garantizar la formación profesional integral F:2342419 Tramitar correspondencia de acuerdo con procesos técnicos 15.90 Horas
Garantizar la formación profesional integral Ficha 2399338 Elaborar documentos de acuerdo con normas técnicas 49.80 Horas
Alistamiento a la formación profesional 10 Horas
Total de horas: 192 Horas

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.

ANDRES LEONARDO CASCAVITA CORDOBA
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,

CESAR CANTOR CUERVO
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

ROBERTO PRIETO LADINO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2022-03-09, 05:17:49 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1044577641

Periodo Cotización: febrero de 2022 **Periodo Servicio:** febrero de 2022

PAGADO 09/03/2022

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ANDRES LEONARDO CASCAVITA CORDOBA		
Documento	CC1030521647	**Dirección**	CL 18 #8 - 66 APT 202 BLOQ 2
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3022494783
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	SOACHA	**Departamento**	CUNDINAMARCA
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1030521647	ANDRES LEONARDO CASCAVITA CORDOBA	59	00	X																0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 1.599.000	$ 255.900	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.599.000	$ 199.900	0,522	$ 1.599.000	$ 8.400	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 464.200

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.599.000	$ 1.599.000	$ 1.599.000	$ 0	$ 255.900	$ 199.900	$ 8.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 464.200	$ 0	$ 464.200

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 21 de marzo de 2022.

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:

R.C.	**1074536385**	**Annie Amelie Cascavita Báez**	**Hija**

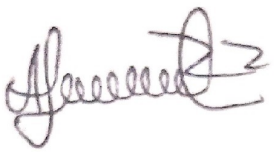
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- **Menor 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: Andres Leonardo Cascavita Córdoba

C.C. 1030521647

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1074536385

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 58412295

5841229 5

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [x] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código K 1 A

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - SOACHA NOTARIA 1 SOACHA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
CASCAVITA	BAEZ

Nombre(s)

ANNIE AMELIE

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2020 Mes SEP Día 27	FEMENINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	16241447-5

Datos de madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

BAEZ JEJEN ANGELA MARCELA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1022396508	COLOMBIA

Datos de padre o madre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

CASCAVITA CORDOBA ANDRES LEONARDO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1030521647	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

CASCAVITA CORDOBA ANDRES LEONARDO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 1030521647	Andres Cascavita

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 2020 Mes OCT Día 03	MARTHA CECILIA AVILA VARGAS Nombre y firma

REPUBLICA DE COLOMBIA NOTARIA PRIMERA DEL CIRCULO DE SOACHA - CUND.

NOTARIA PRIMERA DEL CIRCULO DE SOACHA CUNDINAMARCA

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Imp. por DITAR S.A. - PBX: (0...) 3119001 - Escala - para IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA