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 SANTANDER
CENTRO DE GESTION AGROEMPRESARIAL DEL ORIENTE-SANTANDER - SERVICIOS PRESTADOS A L
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	**68**
Código Centro	**954610**
Fecha Elaboración	**6 de Abril de 2022**
Versión	**ENERO 2022 - 1,22**
ID de Proceso	**84384-865104**
No. de documento	**394611**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	FERNEY LAGUNA AMADO	**C.C.**	1.100.482.226	**IP/Nº de contacto**	74129
Correo electrónico contratista:	flaguna@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**		55590607559	
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:	3506209/2022			**Nº Compromiso SIIF**		**13622**	
Valor Total del Contrato	$ 18.308.250	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 15.012.765	**2**	**Del**	**01/03/2022**	**Al**	**31/03/2022**	**$ 3.661.650,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 11.351.115		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA LA ORIENTACION EN LA FORMACIÓN TITULADA COMPLEMENTARIA Y VIRTUAL EN EL AREA DE ALIMENTOS, SEGÚN LOS MODELOS FORMATIVOS ESTABLECIDOS POR EL CGAO SENA REGIONAL SANTANDER

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.661.650		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	**$ 3.661.650**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.158.489**		**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	----------	**8618619064**	Valor Base retención en la fuente	2.158.489,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.464.660	$ 1.318.194	Valor Base retención en la fuente ICA	3.244.150,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 183.100	$ 164.800	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 234.400	$ 211.000	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL II	$ 15.300	$ 13.800	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 8543	7.323,00	0,200%
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -		-	0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.522.064	$ -		-	0,00	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.800.400	$ -		-	0,00	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta $ 1.216.128	$ 366.165		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 608.064	$ -				
Renta Exenta 25% $ 9.120.960	$ 719.496		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	**$ 3.654.327,00**	

SON: TRES MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS VEINTISIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Impartir formación profesional para el grupo:MANIPULAR ALIMENTOS DE ACUERDO CON NORMATIVIDAD VIGENTE. FICHA 2499078 18 Horas
Impartir formación profesional para el grupo:MANIPULAR ALIMENTOS DE ACUERDO CON NORMATIVIDAD VIGENTE. FICHA 2510206 48 Horas
Impartir formación profesional para el grupo:MANIPULAR ALIMENTOS DE ACUERDO CON NORMATIVIDAD VIGENTE. FICHA 2515694 48 Horas
Impartir formación profesional para el grupo:MANIPULAR ALIMENTOS DE ACUERDO CON NORMATIVIDAD VIGENTE. FICHA 2522175 48 Horas
Impartir formación profesional para el grupo:MANIPULAR ALIMENTOS DE ACUERDO CON NORMATIVIDAD VIGENTE. FICHA 2527471 8 Horas

HORAS TOTALES ACADEMIACAS: 170

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.

FERNEY LAGUNA AMADO
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,

MARTHA RUEDA MONCADA
INSTRUCTOR G20

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

MIGUEL ANDRE PARDO CEPEDA
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

CONSULTA EMPLEADO

RAZÓN SOCIAL	FERNEY LAGUNA AMADO
IDENTIFICACIÓN APORTANTE	CC-1100482226
SUCURSAL	0
FECHA PAGO	2022-03-23
INDENTIFICACION EMPLEADO	CC-1100482226
NOMBRE EMPLEADO	FERNEY LAGUNA AMADO
EPS	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.
AFP	PORVENIR
CAJA COMPENSACIÓN	Sin CCF
ARL	ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS
NÚMERO PLANILLA	8618619064
REFERENCIA PAGO(PIN)	8672312565
TIPO PLANILLA	I
PERIODO PENSIÓN	2022-02
PERIODO SALUD	2022-02
TIPO COTIZANTE	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes
SUBTIPO COTIZANTE	Sin Subtipo
NOVEDAD INGRESO INICIAL	2022-02-01
NOVEDAD INGRESO FINAL	

ING	Fecha ING	RET	Fecha RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha VSP	VTE	VST	SLN	Fecha Sln inicio	Fecha Sln Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha LMA	Fecha LMA Fin	VAC	Fecha Vac Inicio	Fecha VAC Fin	AVP	VCT	Fecha VCT Inicio	Fecha VCT Fin	IRL	Fecha IRL Inicio	Fecha IRL Fin
X	1/02/22																											0		

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria		Total	Fondo de Solidaridad de	Fondo de Subsistencia	Valor no retenido
				Afiliado	Aportante				
30	1.319.000	0,1600000	$ 211.100	$ 0	$ 0	$ 211.100	$ 0	$ 0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE SALUD

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	UPC adicional	Incapacidades E.G		Licencias de Maternidad o	
					Número Autorización	Valor	Número Autorización	Valor
30	1.319.000	0,1250000	$ 164.900	$ 0	0	$ 0	0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Código de centro de trabajo
30	1.319.000	0,0104400	$ 13.800	899999034

APORTES PARAFISCALES

Días Cot	Caja de Compensación Familiar			Sena			ICBF		ESAP		MIN DE EDUCACIÓN	
	IBC	Tarifa	Cot.Obligatori	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Tarifa	Cot. Obligatori	Tarifa	Cot.	Tarifa	Cot. Obligatori
0	0	0,0000000	$ 0	0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0

TOTAL COTIZACIÓN EMPLEADO

Pension	Salud	Riesgos	Parafiscales	Total
$ 211.100	$ 164.900	$ 13.800	$ 0	$ 389.800

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Vélez, 7 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:

NIT	**1099215307**	**DILAN EMANUEL LAGUNA AMADO**	**HIJO**
NIT	**1099218932**	**ANGEL SANTIAGO LAGUNA AMADO**	**HIJO**

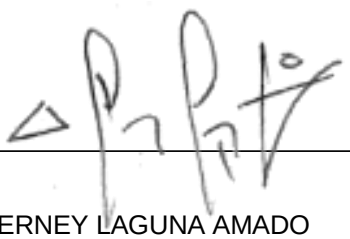
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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: FERNEY LAGUNA AMADO

C.C. 1.100.482.226 DE SAN BENITO

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1.099.218.932

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 56112155

56112155

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código QXF

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

REGISTRADURIA DE BARBOSA - COLOMBIA - SANTANDER - BARBOSA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
LAGUNA	PINZON

Nombre(s)

ANGEL SANTIAGO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor Rh
Año 2019 Mes OCT Día 25	MASCULINO		

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

COLOMBIA SANTANDER VELEZ

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	15110248-9

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

PINZON ARIZA RUTH DAYANA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.099.202.122	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

LAGUNA AMADO FERNEY

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.100.482.226	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

LAGUNA AMADO FERNEY

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.100.482.226	

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 2019 Mes NOV Día 12	DARIO MONROY FONSECA - REGISTRADO Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Escaneado con CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número N 6275921

NUIP 1.099.216.307

Tipo de certificado | Datos Esenciales ☐ | Acreditar Parentesco ☐

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos

LAGUNA PINZON DILAN ENAMITO

Fecha de Nacimiento (Mes en letras) | Sexo (en letras) | Tipo Sanguíneo

Año 2016 Mes MAYO Día 04 | MASCULINO | A+

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

COLOMBIA BOYACA MONIQUIRA

Fecha de Inscripción (Mes en letras) | Indicativo serial

Año 2016 Mes MAYO Día 07 | 0054757069

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos

PINZON ARIZA RUTH DAYANA

Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad

CEDULA DE CIUDADANIA 1.099.202.122 | COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos

LAGUNA AMADO FERNEY

Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad

CEDULA DE CIUDADANIA 1.100.482.228 | COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos

LAGUNA AMADO FERNEY

Documento de Identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA 1.100.482.228

Espacio para notas

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio | Código

COLOMBIA SANTANDER BARBOSA

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)

Año 2016 Mes MAYO Día 07

Nombre y firma del funcionario

LUZ ESTELLA DALLOS TRIANA
Registrador del Estado Civil

Escaneado con CamScanner