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 VALLE
CENTRO NACIONAL DE ASISTENCIA TECNICA A LA INDUSTRIA -ASTIN-VALLE - SERVICIOS PRESTAD
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	**76**
Código Centro	**923010**
Fecha Elaboración	**Abril de 2022**
Versión	**ENERO 2022 - 1,22**
ID de Proceso	**30389-453354**
No. de documento	**404382**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	JHON JAIRO JULIO NARVAEZ	**C.C.**	1.143.329.546	**IP/Nº de contacto**	000000
Correo electrónico contratista:	jhjnarvaez@sena.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:	BANCO BBVA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		0846016798	
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:	3445628/2022			**Nº Compromiso SIIF**		**16222**	
Valor Total del Contrato	$ 39.000.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 31.200.000	**3**	**Del**	**01/04/2022**	**Al**	**30/04/2022**	**$ 3.900.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 27.300.000		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR - PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA PLANEAR Y ORIENTAR LOS PROCESOS DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL PROGRAMADA EL CENTRO ASTIN EN SUS DIFERENTES NIVELES Y MODALIDADES, ATENDIENDO LAS POLÍTICAS INSTITUCIONALES Y LA N

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.900.000		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	**$ 3.900.000**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.299.050**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Abril	**Marzo**
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**9431032260**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.560.000	$ 1.560.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 195.000	$ 195.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 249.600	$ 249.600
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL III	$ 38.100	$ 38.100
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	$ 390.000	
Salud hasta $ 608.064	$ -	
Renta Exenta 25% $ 9.120.960	$ 766.350	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.299.050,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.455.400,00	
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	
Pro-UCEVA	19.500,00	0,500%
Universidad del Pacífico	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	**$ 3.880.500,00**	

SON: TRES MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA MIL QUINIENTOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ejecución de la formación: practicas de laboratorio PROYECTO Ficha 2206819 10 H
Ejecución de la formación: conceptos generales de Estadistica ficha 2206819, 2343339, 3346617 40H
Ejecución de la formación: conceptos generales de FISICA ficha 2431168 15H
Ejecución de la formación: conceptos generales de FISICA ficha 2366053 15H
Ejecución de la formación: conceptos generales de FISICA ficha 2306822
laboratorios de biotecnologia 12H sena pondaje
Ejecución de la formación: prepayar ensayo quimico ficha 2489790, 27 H
Ejecución de la formación: APOYO a los proyectos, sección 1 y 2 conceptos Generales investigación. FICHA 2206819. 12H

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.

JHON JAIRO JULIO NARVAEZ
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,

DIANA MARIA CHAVEZ COQUIS
PROFESIONAL G08

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

PAULO CESAR RAMIREZ QUINTERO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

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 1143329546		JULIO NARVAEZ JHON JAIRO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 19A No 31-45	SAN JOSE DEL GUAVIARE-GUAVIARE	5555555	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	1387136086	9431032260	I	2022/04/12	2022/03/29	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	$482,700

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
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,560,000	$249,600			$1,560,000	$195,000			$0	$0			$1,560,000	$38,100		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,560,000	$249,600			$1,560,000	$195,000			$0	$0			$1,560,000	$38,100		$0	$0
Ciudad: SAN JOSE DEL GUAVIARE Depto: GUAVIARE (1 Afiliados)					$1,560,000	$249,600			$1,560,000	$195,000			$0	$0			$1,560,000	$38,100		$0	$0
1	CC	1143329546 JULIO JHON	230301	30	$1,560,000	$249,600	EPS037	30	$1,560,000	$195,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,560,000	$38,100	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$1,560,000	$249,600			$1,560,000	$195,000			$0	$0			$1,560,000	$38,100		$0	$0

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 1143329546		JULIO NARVAEZ JHON JAIRO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 19A No 31-45	SAN JOSE DEL GUAVIARE-GUAVIARE	5555555	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	1387136086	9431032260	I	2022/04/12	2022/03/29	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	$482,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$249,600	$0	$0	$249,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$249,600	$0	$0	$249,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$38,100	$0	$0	$38,100
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$38,100	$0	$0	$38,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$195,000	$0	$0	$195,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$195,000	$0	$0	$195,000
TOTAL				**1**	**$482,700**	**$0**	**$0**	**$482,700**

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Cali, 12 de abril 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 empleado contribuyente y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el parágrafo cuarto del artículo segundo del Decreto 0099 de 2013, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

NUIP - NIP	**1142946474**	**MATIAS EDUARDO JULIO PRADA**	**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: JHON JAIRO JULIO NARVAEZ

C.C. 1143329546

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1142946474

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 55634872

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [0 7] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** D U I

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

COLOMBIA ——— BOLIVAR ——— CARTAGENA ———

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
JULIO ,- **********	PRADA ,- **********

Nombre(s)

MATIAS EDUARDO ,- **********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2015 Mes AGO Día 12	Masculino	B	+

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

COLOMBIA ——— BOLIVAR ——— CARTAGENA ———

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO ,-	53289245-9

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

PRADA SARMIENTO HALINA VERONICA ,- **********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.032.434.209 ,- **********	COLOMBIA ,-

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

JULIO NARVAEZ JHON JAIRO **********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.143.329.546 ,- **********	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

JULIO NARVAEZ JHON JAIRO ,- **********

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.143.329.546- **********	

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 2015 Mes AGO Día 26	MARGARITA ROSA JIMENEZ NAJERA Nombre y firma

IMPRESO POR PANAMERICANA FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800.178.432-4 TEL 4301110

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Rehabilitar

Historia Clínica

Doc. Identidad: **1142946474**
Entidad: **MUTUAL SER**
Nombre: **MATIAS EDUARDO JULIO PRADA**
Edad: **2 Años**
Ocupación:

Fecha de elaboración: 13/06/2018 07:54:00

ANAMNESIS

MOTIVO DE CONSULTA: Control
ENFERMEDAD ACTUAL:
Paciente quien presenta cuadro de Autismo que esta en manejo con las terapias en forma regular con lo cual se obtiene mas lenguaje expresivo, que tiene mas de 30-40 palabras y que tiene mas intencion comunicativa y que identifica estados de animo y tiene mas contacto visual y con mas socializacion con los pares aunque no tiene un juego con pares y que tiene un juego solitario pero con mas juquetes y controla esfinter vesical, come solo y se quita algunas prendas de vestir y asiste en forma regular a las terapias
Tieen algunas dificultades en la conciliacion del sueño.

PATOLÓGICOS

EVOLUCIÒN POST NATAL:
MAD acorde en lo motor lenguaje con retraso
SEMANAS DE GESTACIÒN:
40, Control prenatal : SI
PRESENTACIÓN: VAGINAL

EXAMEN FÍSICO

ASPECTO GENERAL: Buen estado general
CABEZA CARA CUELLO: normal
TÓRAX: normal
ABDOMEN: normal
G.U: normal
EXTREMIDADES: normal
PIEL: normal
NEUROLÓGICO: normal
MENTAL PSICOLÓGICO: normal
CONDUCTA: Cita en 3 meses continaur con las terapias
DIAGNÓSTICOS: F840 - AUTISMO EN LA NIÑEZ

DANIEL CASTAÑO OSORIO
Especialidad: NEUROPEDIATRIA
CC: 73116199 RM: 7339

Scanned by CamScanner