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 INDUSTRIAL DE MANTENIMIENTO INTEGRAL-SANTANDER - SERVICIOS PRESTADOS A LA F
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	**922410**
Fecha Elaboración	**18 de Abril de 2022**
Versión	**ENERO 2022 - 1,22**
ID de Proceso	**01455-123616**
No. de documento	**410210**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	ELKIN LIBARDO LIZCANO TARAZONA	**C.C.**	13.716.299	**IP/Nº de contacto**	3167013861
Correo electrónico contratista:	ellizcano@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**		79638253441	
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:	3467420/2022			**Nº Compromiso SIIF**		**9122**	
Valor Total del Contrato	$ 40.929.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 33.133.000	**3**	**Del**	**01/04/2022**	**Al**	**30/04/2022**	**$ 3.898.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 29.235.000		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

Prestar servicios profesionales de carácter temporal para orientar la formación profesional titulada, complementaria y virtual en la red de conocimiento energía eléctrica- área temática: uso final de la energía eléctrica, programada por el Centro Industrial de Mantenimiento Integral, vigencia 2022.

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.898.000	Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°		4,07%
		Retencion en la Fuente del Periodo		$ 187.211
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 3.898.000			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 7.796.000**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 4.595.700**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**		**$ 187.211**

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

	Abril	**Marzo**
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**4438255932**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.559.200	$ 1.559.200
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 194.900	$ 194.900
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 249.500	$ 249.500
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL IV	$ -	$ 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 $ 3.800.400	$ -	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 249.500	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 194.900	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Dependientes hasta $ 1.216.128	$ 779.600	
Salud hasta $ 608.064	$ -	
Renta Exenta 25% $ 9.120.960	$ 1.531.900	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	4.595.700,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.453.600,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	187.211,00	4,07%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8530	23.388,00	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	**$ 3.687.401,00**	

SON: TRES MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS UN PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Impartir formación ficha 2082983
Impartir formación ficha 2185026
Impartir formación ficha 2297702
Impartir formación ficha 2340324

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.

ELKIN LIBARDO LIZCANO TARAZONA
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,

CARLOS ARTURO NUNEZ BOHORQUEZ
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

CLAUDIA MARCELA MURILLO SALGUERO
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	13716299
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ELKIN LIBARDO LIZCANO TARAZONA
CIUDAD/MUNICIPIO:	GIRON	DEPARTAMENTO:	SANTANDER
DIRECCIÓN:	CLL 20 # 26- 84	TELÉFONO:	6164227
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**4438255932**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES abril	AÑO 2022	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES abril	AÑO 2022
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2022/04/19	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9999544825

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 249.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 249.500	$ 0	$ 249.500
SUBTOTALES:										**$ 249.500**	**$ 0**	**$ 249.500**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 194.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 194.900	$ 0	$ 0	$ 194.900
SUBTOTALES:													**$ 194.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 194.900**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES							
																										PENSIÓN									SALUD						ARP													
																													FSP		APORTES VOLUNTARIOS																							
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 13716299	LIZCANO TARAZONA ELKIN LIBARDO	INDEPEND		$ 1.559.200				NO																	230301-PORVENIR	30	$ 1.559.200	$ 249.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 249.500	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.559.200	$ 194.900	$ 0	$ 194.900			$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 444.400**

Planilla Pagada

Girón, 18/abril/2022

Señores
Grupo Administración de Salarios (para funcionarios de Digeneral)
Grupo de Apoyo Administrativo Mixto o Gestión de Talento Humano (para las Regionales)
Servicio Nacional de Aprendizaje SENA
Ciudad

Asunto: Solicitud deducible retención en fuente por dependientes

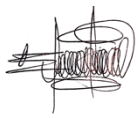
Estimados señores:

Con la presente solicito que de acuerdo con el Articulo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el Artículo 2º. Párrafo 3ro. del Decreto 099 del 2013, se tenga en cuenta como deducible de mis ingresos brutos provenientes de la relación laboral por el concepto de dependientes, los cuales relaciono a continuación:

Apellidos y Nombre	**Documento Identidad**	**Calidad del Dependiente** **1. Hijos menores 18 años.** **2. Hijos estudiantes entre 18 y 23 años.** **3. Hijos mayores a 18 años con dependencia por factores físicos o psicológicos.** **4. Cónyuge con ingresos inferiores a 260 UVT o dependencia por factores físicos o psicológicos.** **5. Padres o hermanos con ingresos inferiores a 260 UVT o dependencia por factores físicos o psicológicos.**
Lizcano Ortiz Elkin David	1097145410	1
Lizcano Buendía Juan Diego	1097497864	1
Lizcano Pérez Emilia	1097781559	1

Certifico bajo la gravedad de juramento la información consignada en esta solicitud y me comprometo a enviar solicitud de revocación de aplicación del deducible por dependientes en el caso en que cesen las condiciones que dan origen a esta solicitud.

Cordialmente,



Elkin Libardo Lizcano Tarazona
CC 13716299

Anexo: Relación de documentos que anexa el trabajador.

- Registro civil de nacimiento ___x_

- Certificado de estudios. ____
- Certificado contador público. ____
- Certificado medicina legal. ____

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1097497864

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 43184291

Datos de la oficina de registro – Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 06 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** 05

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
LIZCANO**********	BUENDIA**********

Nombre(s)
JUAN DIEGO**********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2007 Mes DIC Día 17	Masculino	O	Positivo

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

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO CLINICA SALUDCOOP	A8036348

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos
BUENDIA CASTILLA NAYIBE HELENA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO.37.727.676	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos
LIZCANO TARAZONA ELKIN LIBARDO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 13.716.299	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos
LIZCANO TARAZONA ELKIN LIBARDO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 13.716.299	13716299

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

Año 2008 Mes ENE Día 9

Nombre y firma del funcionario que autoriza

DR. EDUARDO SUAREZ MOTTA
Nombre y firma

REPUBLICA DE COLOMBIA
DPTO. DE SANTANDER
NOTARIA 8a DEL CIRCULO
BUCARAMANGA

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

4184291

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

NUP 1097781559

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 35504911

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número 09 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código Q 7 E

Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA

Datos del inscrito

Primer Apellido: LIZCANO

Segundo Apellido: ORTIZ

Nombre(s): ELKIN DAVID

Fecha de nacimiento: Año 2004 Mes 12 Día 13

Sexo (en letras): MASCULINO

Grupo Sanguíneo: O

Factor RH: +

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos: CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo:

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: ORTIZ DELGADO ELIZABETH

Documento de identificación (Clase y número): CC. 37.844.265 BUCARAMANGA

Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: LIZCANO TARAZONA ELKIN LIBARDO

Documento de identificación (Clase y número): CC. 13.716.299 BUCARAMANGA

Nacionalidad: COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: ELKIN LIBARDO LIZCANO TARAZONA

Documento de identificación (Clase y número): CC. 13.716.299 BUCARAMANGA

Firma

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: Año 2004 Mes 12 Día 15

Nombre y firma del funcionario que autoriza

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

PASADO AL LIBRO DE VARIOS TOMO 16 FOLIO 273

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1097145410

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 60055062

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [07] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código [Q 5 E]

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

COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
LIZCANO	PEREZ **********

Nombre(s)

EMILIA **********

Fecha de nacimiento			Hora (un dígito)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2019	Mes MAY	Día 25	Femenino	O	Positivo

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

COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	15103802-5

Datos de la 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

PEREZ MENDEZ LUZ STELLA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC NRO.63.527.265	COLOMBIANA

Datos de la 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 segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

LIZCANO TARAZONA ELKIN LIBARDO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC NRO. 13.716.299	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

LIZCANO TARAZONA ELKIN LIBARDO

Documento de identificación (Clase y número)

CC NRO. 13.716.299

Firma

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

Año 2019 Mes MAY Día 27

Nombre y firma del funcionario que autorizó

BLANCA LUCIA RAMIREZ DUEÑAS
NOTARIA SEPTIMA (E) DEL CIRCULO DE BUCARAMANGA

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

BLANCA LUCIA RAMIREZ DUEÑAS
NOTARIA SEPTIMA (E) DEL CIRCULO DE BUCARAMANGA

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

RECONOCIMIENTO PATERNO VOLUNTARIO., LV. TOMO 209 FOLIO 250. JSS

REPUBLICA DE COLOMBIA Notaría Séptima Bucaramanga DPTO DE SANTANDER

28 MAY 2019

27 MAY 2019

BLANCA LUCIA RAMIREZ DUEÑAS
NOTARIA SEPTIMA (E) DEL CIRCULO DE BUCARAMANGA

REPUBLICA DE COLOMBIA Notaría Séptima Bucaramanga DPTO DE SANTANDER

THOMAS GREG & SONS.

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

60055062