SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES (obligados a facturar)
REGIONAL QUINDÍO
CENTRO PARA EL DESARROLLO TECNOLOGICO DE LA CONSTRUCCION Y LA INDUSTRIA - QUINDIO-

Código Regional	**63**
Código Centro	**923110**
Fecha Elaboración	**Abril de 2022**
Versión	**ENERO 2022 - 1,22**
ID de Proceso	**01454-185448**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	OSCAR ARLEY GONZALEZ BUITRAGO	**C.C.**	89.003.095	**IP/Nº de contacto**	14
Correo electrónico contratista:	oagonzalezb@sena.edu.co				
Régimen del IVA:	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	NO	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**	SI
Banco al cual consignar:	AV VILLAS	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**	312861060
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:	3357202/2022			**Nº Compromiso SIIF**	**4422**		
Valor Total del Contrato	$ 23.400.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 15.600.000	**3**	**Del**	**01/04/2022**	**Al**	**30/04/2022**	**$ 3.900.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 11.700.000		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: ORIENTAR FORMACION TITULADA-COMPLEMENTARIA PRESENCIAL/VIRTUAL _NIS_2022-02-020477

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	----------	**9433238484**
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 V	$ -	$ 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	$ -	
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	3.900.000,00	
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	**$ 3.900.000,00**	

SON: TRES MILLONES NOVECIENTOS MIL PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Orientar formación complementaria a la ficha 2518264
Hacer seguimiento a los aprendices que se encuentran en etapa productiva
Entregar informe mensual de actividades

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.

OSCAR ARLEY GONZALEZ BUITRAGO
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,

GERMAN DARIO HERNANDEZ TORRES
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

ANSTRONG ALBERTO GOMEZ RIOS
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 22 de febrero de 2022

SENA - CFP-639231
Radicacion Recibida
No:63-1-2022-001130
25/02/2022 2:29:20 P. M.
Destinatario: 639231

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:

T.I.	**1.092.854.156**	**Sebastian González Guevara**	**HIJO**

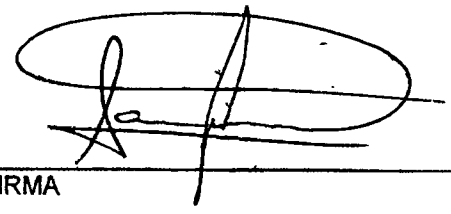
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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: OSCAR ARLEY GONZALEZ BUITRAGO

C.C. 89.003.095

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1092854156

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 32777775

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
☐	X	05	☐	☐	☐	50 1 1

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

COLOMBIA QUINDIO ARMENIA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
GONZALEZ	GUEVARA

Nombre(s)

SEBASTIAN

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2009 Mes MAY Día 05	MASCULINO	A	POSITIVO

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

COLOMBIA QUINDIO ARMENIA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO NACIDO VIVO DE MAYA	51209284-4

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

Guevara	CORREA	INGRID

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC Nº 41.943.470 de ARMENIA QUINDIO	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

GONZALEZ	QUINTERO	OSCAR ARLEY

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC Nº 89.003.095 de ARMENIA QUINDIO	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

GUEVARA	CORREA	INGRID

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC Nº 41.943.470 de ARMENIA QUINDIO	Ingrid Guevara Correa

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA NOTARÍA 5ª ARMENIA OSCAR GRAJALES NOTARIO

Fecha de Inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2009 Mes MAY Día 16	Nombre y firma

IMPRESO POR [illegible] FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT [illegible]

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Pagos aportes en línea
Resumen del pago

La transacción fue APROBADA por su entidad financiera.

Detalle de la transacción:

Comercio:	**Aportes en línea**
NIT:	**9999001472382**
Clave de planilla:	**9433238484**
Periodo de pago:	**2022-03**
Fecha de la transacción:	**2022/04/07**
Valor:	**444,600**
Banco:	**BANCO AV VILLAS**
Dirección IP:	**192.168.12.247**
Código único de seguimiento (CUS):	**1402979873**

Aceptar

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 89003095		OSCAR ARLEY GONZALEZ BUITRAGO	INDEPENDIENTE	Principal	Villa Ximena Mz D No. 52	ARMENIA-QUINDIO	3233114807	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	1402979873	9433238484	I	2022/04/26	2022/04/07	BANCO AV VILLAS	0	$444,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: Principal (1 Afiliados)																						$1,560,000	$249,600			$1,560,000	$195,000			$0	$0			$0		$0		$0	$0		$444,600
Centro de Trabajo: Principal (1 Afiliados)																						$1,560,000	$249,600			$1,560,000	$195,000			$0	$0			$0		$0		$0	$0		$444,600
Ciudad: ARMENIA Depto: QUINDIO (1 Afiliados)																						$1,560,000	$249,600			$1,560,000	$195,000			$0	$0			$0		$0		$0	$0		$444,600
1	CC	89003095 GONZALEZ OSCAR																		23020 1	30	$1,560,000	$249,600	EPS018	30	$1,560,000	$195,000		0	$0	$0		0	$0	0.000%	$0	0	$0	$0	No	$444,600
Total		**Afiliados(1)**																				$1,560,000	$249,600			$1,560,000	$195,000			$0	$0			$0		$0		$0	$0		$444,600

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 89003095		OSCAR ARLEY GONZALEZ BUITRAGO	INDEPENDIENTE	Principal	Villa Ximena Mz D No. 52	ARMENIA-QUINDIO	3233114807	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	1402979873	9433238484	I	2022/04/26	2022/04/07	BANCO AV VILLAS	0	$444,600

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
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$249,600	$0	$0	$249,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$195,000	$0	$0	$195,000
S.O.S. SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.	EPS018	805,001,157	2	1	$195,000	$0	$0	$195,000
TOTAL				**1**	**$444,600**	**$0**	**$0**	**$444,600**

OSCAR ARLEY GONZALEZ BUITRAGO
NIT 89.003.095-7
Villa Ximena Mz D No. 52
Tel: (606) 3233114807
Armenia - Colombia
oscararleygonzalez@hotmail.com

Factura electrónica de venta
No. 504

Señores	Servicio Nacional de Aprendizaje		
NIT	899.999.034-1	**Teléfono**	(606) 7498118
Dirección	Av. Centenario	**Ciudad**	Armenia - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	25/04/2022, 19:52
Expedición	25/04/2022, 19:52
Vencimiento	25/04/2022

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	Prestación de servicios para orientar la formación profesional integral titulada y/o complementaria	1.00	3,900,000.00

Total items: 1

Valor en Letras:
Tres millones novecientos mil pesos m/cte

Condiciones de Pago:
Transferencia $ 3,900,000.00

Total Bruto	3,900,000.00
IVA 0%	0.00
Total a Pagar	3,900,000.00

Observaciones:
#$ 36-02-00-063-923110;ContratoNoCO1.PCCNTR.3357202;
cmgarciac@sena.edu.co#$

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización 18764025790366 aprobado en 20220223 prefijo desde el número 501 al 550 Vigencia: 6 Meses Meses**
- Actividad Económica 7112 Actividades de ingeniería y otras actividades conexas de consultoría técnica Tarifa
CUFE: 885ee8b0b27d6778efb104332d47f37a000cda1e95052190fb29a7fe8a2d7533d16e39e39d10bc0132d2dcbf8c816080

Elaborado por software Siigo Nube y enviado electrónicamente por proveedor tecnológico Siigo. Siigo S.A.S Nit: 830.048.145-8