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 GUAVIARE
CENTRO DE DESARROLLO AGROINDUSTRIAL, TURISMO Y TECNOLOGICO DEL GUAVIARE
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	95
Código Centro	953310
Fecha Elaboración	Junio de 2022
Versión	MAYO 2022 - 2,22
ID de Proceso	59652-907746
No. de documento	455787

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: / Correo electrónico contratista:	FABIO GONZALO FERNANDEZ MARTINEZ ffernandezm@sena.edu.co	C.C.	1.030.551.673	IP/Nº de contacto	85321
Régimen del IVA:	NO 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:	BANCOLOMBIA	Tipo de cta	AHORROS	Nº Cuenta	82892306920		
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:	3365442/2022		Nº Compromiso SIIF	4622		
Valor Total del Contrato	$ 31.934.694	N ° Pago	Periodo objeto de pago			Valor Bruto Pago
Saldo Anterior del Contrato	$ 18.720.338	5	Del 01/06/2022	Al	30/06/2022	$ 3.303.589,00
Nuevo Saldo del Contrato	$ 15.416.749		Legalización comisiones del periodo		$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)

INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES TEMPORAL COMO INSTRUCTOR, PARA ORIENTAR FORMACIÓN EN EL ÁREA CONSTRUCCIÓN PROGRAMA ARTICULACIÓN CON LA MEDIA QUE IMPARTE EL CDATTG, EN GUAVIARE Y SUR META RADICADO NO.95-9-2022-000156.

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.303.589	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	**$ 3.303.589**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.947.398**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**		**$ 0**

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

	Junio	Mayo
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	-------	7838358952
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.321.436	$ 1.321.436
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 165.200	$ 165.200
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 211.500	$ 211.500
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	$ 330.359	
Salud hasta $ 608.064	$ -	
Renta Exenta 25% $ 9.120.960	$ 649.133	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	1.947.398,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	2.926.889,00	
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	
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	**$ 3.303.589,00**	

SON: TRES MILLONES TRESCIENTOS TRES MIL QUINIENTOS OCHENTA Y NUEVE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

TÉCNICO EN DIBUJO ARQUITECTÓNICO 2274069: Se desarrollan las evidencias 5, 6 y7 del RAP Elaboracion de Modelos a escala. Se inicia el seguimiento de etapa productiva de 7 aprendices por Pasantia.
TÉCNICO EN DIBUJO ARQUITECTÓNICO 2486087: Se desarrollan las evidencias 7 y 8 de la guia de aprendizaje relacionadas con el RAP Elaborar planos de proyectos arquitectonicos de forma manual.
TÉCNICO EN MONITOREO AMBIENTAL 2486089 : Se desarrollan las evidencias 7 y 8 de la guia de aprendizaje, relacionada con el RAP oAlistar materiales, equipos e insumos, para la toma de muestras
CURSO DHI: Se desarrolla una jornada presencial de una semana desde el 21 al 24 de junio de 8 a 12 y de 2 a 6 para finalizar el proceso formativo.
ALISTAMIENTO DE LA FPI: durante la semana del 13 al 17 de junio se realizará proceso de alistamiento en el horario de 8-12 y de 14-18

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 veridica; 5. He leido y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí diligenciados.

Fabio Fernandez

FABIO GONZALO FERNANDEZ MARTINEZ
EL CONTRATISTA

CERTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí 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,

EZEQUIEL TARAZONA MURILLO
COORDINADOR ACADÉMICO

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

LUZ PIEDAD ECHEVERRY QUICENO
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02

SOI | Aportes Seguridad Social

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1030551673
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			FABIO GONZALO FERNANDEZ MARTINEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	SAN JOSE DEL GUAVIARE	DEPARTAMENTO:	GUAVIARE
DIRECCIÓN:	CALLE 11 NO 25 - 74	TELÉFONO:	5840010
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7838358952**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES		
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	mayo	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	mayo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2022	SALUD:	AÑO:	2022
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2022/06/14	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1504173343		

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800229739	230201	230201- PROTECCION	1	$ 211.600
SUBTOTAL:			1	**$ 211.600**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900156264	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	$ 165.300
SUBTOTAL:			1	**$ 165.300**

TOTAL PAGADO:	**$ 376.900**

Planilla Pagada

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 13 de junio 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:

NUIP - NIP	**1120582051**	**MARIA JOSE FERNANDEZ GONZALEZ**	**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.

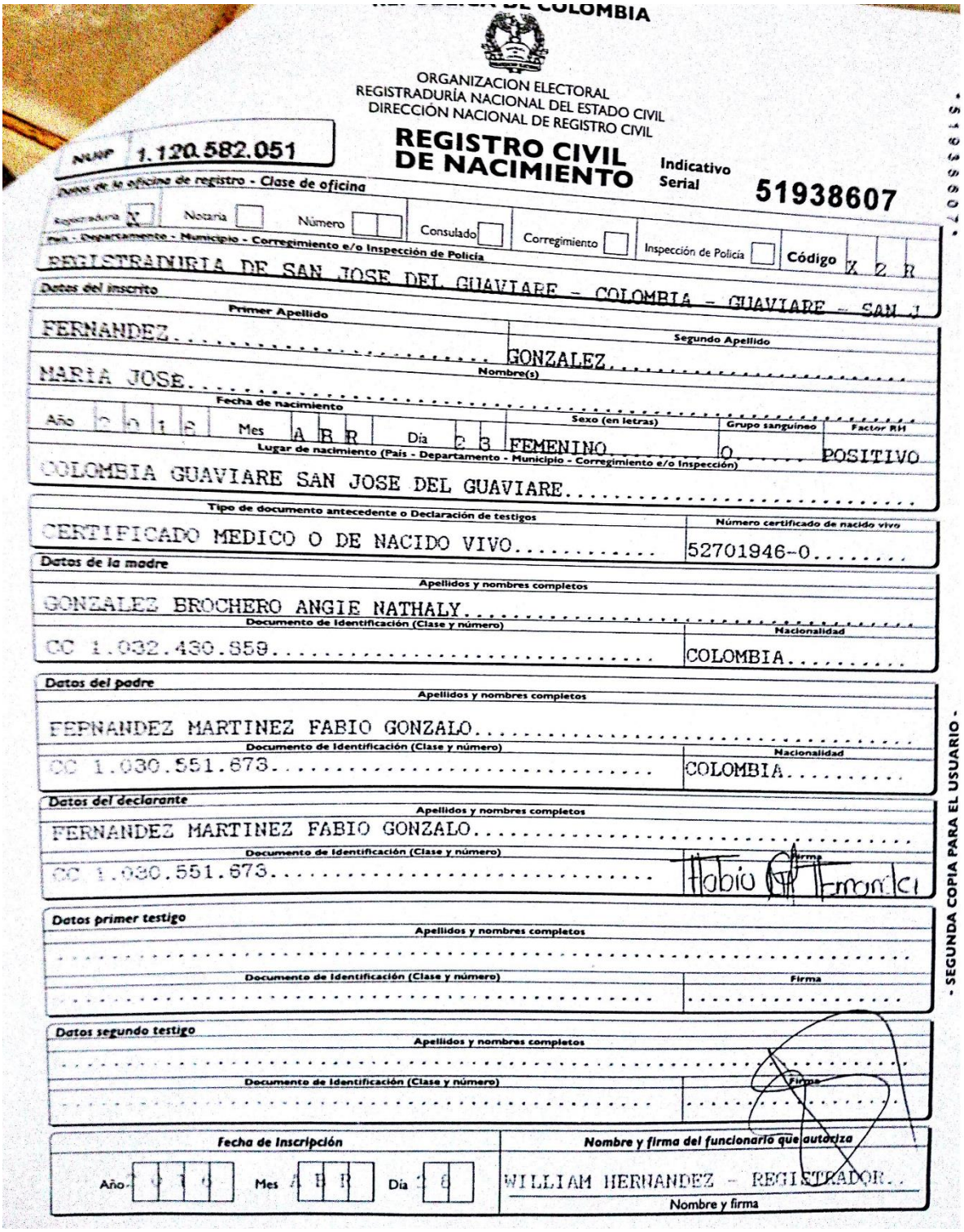
Cordialmente,



FIRMA

Nombre: FABIO GONZALO FERNANDEZ MARTINEZ

C.C. 1.030.551.673



REPUBLICA DE COLOMBIA

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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1.120.582.051

Indicativo Serial 51938607

• S 1 9 3 8 6 0 7 •

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código X 2 R

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

REGISTRADURIA DE SAN JOSE DEL GUAVIARE - COLOMBIA - GUAVIARE - SAN J

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
FERNANDEZ	GONZALEZ

Nombre(s): MARIA JOSE

Fecha de nacimiento: Año 2 0 1 6 Mes A B R Día 2 3

Sexo (en letras): FEMENINO

Grupo sanguíneo: O

Factor RH: POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA GUAVIARE SAN JOSE DEL GUAVIARE

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo: 52701946-0

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: GONZALEZ BROCHERO ANGIE NATHALY

Documento de Identificación (Clase y número): CC 1.032.430.859

Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: FERNANDEZ MARTINEZ FABIO GONZALO

Documento de Identificación (Clase y número): CC 1.030.551.673

Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: FERNANDEZ MARTINEZ FABIO GONZALO

Documento de Identificación (Clase y número): CC 1.030.551.673

Firma: Fabio Fernandez

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 2 0 1 6 Mes A B R Día 2 6	WILLIAM HERNANDEZ - REGISTRADOR
	Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -