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 GESTIÓN AGROEMPRESARIAL DEL ORIENTE-SANTANDER
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	**16 de Agosto de 2022**
Versión	**MAYO 2022 - 2,22**
ID de Proceso	**89963-393470**
No. de documento	**519543**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	GONZALO CAMACHO GALEANO	**C.C.**	13.956.979	**IP/Nº de contacto**	3112740929
Correo electrónico contratista:	gcamacho@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**		0857012793	
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:	3411344/2022			**Nº Compromiso SIIF**		**16422**	
Valor Total del Contrato	$ 35.640.060	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 15.012.765	**7**	**Del**	**01/08/2022**	**Al**	**31/08/2022**	**$ 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 ORIENTANDO LA FORMACIÓN DEL PROGRAMA DE ARTICULACIÓN CON LA MEDIA EN EL ÁREA DE SISTEMAS, CONFORME A LOS MODELOS FORMATIVOS ESTABLECIDOS DEL 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

	Agosto	**Julio**			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**4452352134**	Valor Base retención en la fuente	2.158.489,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.464.660	$ 1.464.660	Valor Base retención en la fuente ICA	3.244.150,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 183.100	$ 183.100	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 234.400	$ 234.400	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	$ 15.300	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 8560	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

Ficha 2275889: REDES Modelo OSI y TCP/IP. Etapa Productiva Acta No.2. CIVC-Vélez. Fechas 1,2,3,4,5. Horario 07 a 12. Total Horas 25
Ficha 2275896: REDES Modelo OSI y TCP/IP. Etapa Productiva Acta No.2. CIVC-Vélez. Fechas 1,2,3,4,5. Horario 13 a 18. Total Horas 25
Ficha 2492299: Mantenimiento S.O. (Diagrama de Bloques y Procesos). CIVC-Vélez. Fechas 8,9,10,11,12. Horario 07 a 12. Total Horas 25
Ficha 2275906: REDES Modelo OSI y TCP/IP. Etapa Productiva Acta No.2. CIVC-Vélez. Fechas 1,2,3,4,5. Horario 13 a 18. Total Horas 25
Ficha 2275878: REDES Modelo OSI-TCP/IP. Etapa Product. Acta No.2. CISB-Bolívar. Fechas 16,17,18,19,22. Horario 13 a 18. Total Horas 30
Ficha 2492299: Mantenimiento S.O.(Diagrama de Bloques y Procesos). CISB-Bolívar.Fechas 23,24,25,26,29. Horario 13 a 18. Total Horas 30
TOTAL HORAS ACADEMICAS: 160

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.

GONZALO CAMACHO GALEANO
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,

CESAR FERNANDO PALENCIA LOPEZ
INSTRUCTOR G10

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

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	13956979
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			GONZALO CAMACHO GALEANO
CIUDAD/MUNICIPIO:	VELEZ	DEPARTAMENTO:	SANTANDER
DIRECCIÓN:	CALLE 8A # 8 - 83 CASA 31 LA	TELÉFONO:	7563502
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Educación de instituciones
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4452352134**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	julio	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	julio
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2022	SALUD:	AÑO:	2022
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2022/07/27	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9990814154

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800227940	231001	231001-COLFONDOS	1	$ 234.400
SUBTOTAL:			1	**$ 234.400**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900156264	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	$ 183.200
SUBTOTAL:			1	**$ 183.200**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890201578	CCF40	CCF40-COMFENALCO SANTANDER	1	$ 29.300
SUBTOTAL:			1	**$ 29.300**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 15.300
SUBTOTAL:			1	**$ 15.300**

TOTAL PAGADO:	**$ 462.200**

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Vélez, 16 de agosto 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	**1098827389**	**ISABELLA CAMACHO ARIZA**	**HIJO**

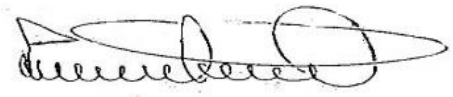
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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: GONZALO CAMACHO GALEANO

C.C. 13.956.979 De Vélez.

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número: N 1335220

NUIP 1.098.827.389...

Tipo de certificado | Datos Esenciales ☐ | Acreditar Parentesco ☐ X

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos
CAMACHO ARIZA ISABELLA

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)												Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año	2	0	1	7	Mes	M	A	Y	Día	1	6	FEMENINO	O +

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

Fecha de Inscripción (Mes en letras)												Indicativo serial
Año	2	0	1	8	Mes	A	B	R	Día	2	6	0152481509

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos
ARIZA HERNANDEZ MARISOL

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 63.436.139	COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos
CAMACHO GALEANO GONZALO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 13.956.979	COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos
CAMACHO GALEANO GONZALO

Documento de Identificación (Clase y número)
CEDULA DE CIUDADANIA 13.956.979

Espacio para notas

VALIDO TRAMITES LEGALES

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio
COLOMBIA SANTANDER BUCARAMANGA — Código: Q X D

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)												
Año	2	0	1	8	Mes	A	B	R	Día	2	7	

Adhesivo Copia Registro Civil
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL 22153166-4

Nombre y firma del funcionario

OSCAR LEONARDO RODRIGUEZ BLANCO

Registrador del Estado Civil