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 DE TECNOLOGIAS AGROINDUSTRIALES-VALLE**
**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** | **954310** |
| **Fecha Elaboración** | **Agosto de 2022** |
| **Versión** | **MAYO 2022 - 2,22** |
| **ID de Proceso** | **61703-562981** |
| **No. de documento** | **522901** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | CARLOS ARTURO BERNAL ARIAS | **C.C.** | 75.079.409 | **IP/Nº de contacto** | 3142914089 |
| **Correo electrónico contratista:** | cabernala@sena.edu.co | | | | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **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** | SI | **Inducción SST** | SI | **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** | | NO | |
| **Banco al cual consignar:** | BANCOLOMBIA | **Tipo de cta** | AHORROS | **Nº Cuenta** | | 85930856121 | |
| **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:** | 3399366/2022 | | | **Nº Compromiso SIIF** | | **4722** | |
| **Valor Total del Contrato** | $ 20.602.800 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 8.241.120 | **7** | **Del** | **01/08/2022** | **Al** | **31/08/2022** | **$ 2.060.280,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 6.180.840 | | Legalización comisiones del periodo | | | $ 0,00 | |

**OBJETO CONTRACTUAL:**
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: CO1.PCCNTR.3399366 PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES PARA IMPARTIR FORMACIÓN, EN EL PROGRAMA DE ARTICULACIÓN CON LA EDUCACIÓN MEDIA EN LOS ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS ARTICULADOS CON EL CENTRO DE TECNOLOGÍAS AGROINDUSTRIALES PARA EN LA

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 2.060.280 | 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** | **$ 2.060.280** | Menos, Retefuente Otros Ingresos | | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 1.176.939** | **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** | ---------- | **1047194210** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 1.000.000 | $ 1.000.000 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 125.000 | $ 125.000 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 160.000 | $ 160.000 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 |
| ARL I | $ 5.300 | $ 5.300 |
| 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 | $ 206.028 | |
| Salud hasta $ 608.064 | $ - | |
| Renta Exenta 25% $ 9.120.960 | $ 392.313 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Valor Base retención en la fuente | 1.176.939,00 | TARIFA |
| Valor Base retención en la fuente ICA | 1.775.280,00 | |
| 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 - 8523 | 3.551,00 | 0,200% |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| Pro-UCEVA | 10.301,00 | 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** | **$ 2.046.428,00** | |

**SON: DOS MILLONES CUARENTA Y SEIS MIL CUATROCIENTOS VEINTIOCHO PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Durante el presente mes orienté Formación Profesional Integral en el Programa Formativo Manejo de Viveros
en la Institución Educativa Ciudad de Cartago y el Programa Articulación con la Media Doble Titulación.

**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.

**CARLOS ARTURO BERNAL ARIAS**
**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,

**JHON JAIRO ALZATE RAMIREZ**
**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**

**GERARDO AUGUSTO CASTRO MUÑOZ**
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02**

Simple

# PAGOSIMPLE | Prefactura

**Fecha creación reporte:** 2022-03-02, 10:50:02 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES

**Periodo Cotización:** febrero de 2022 **Periodo Servicio:** febrero de 2022

## GUARDADA 06/01/2022

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| Razón Social | CARLOS ARTURO BERNAL ARIAS | | |
| Documento | CC75079409 | | |
| Tipo de Empresa | INDEPENDIENTE | Dirección | CALLE 48 3 NTE 38 |
| Tipo Persona | NATURAL | Teléfono | 3142914089 |
| Ciudad | CARTAGO | Forma Presentación | ÚNICO |
| Representante Legal | | Departamento | VALLE DEL CAUCA |
| | | Identificación | |

IMPORTANTE: SEÑOR APORTANTE, POR FAVOR VERIFIQUE LA LIQUIDACIÓN ANTES DE REALIZAR EL PAGO, Simple S.A., da por entendido que, de realiza información consignada, en consecuencia, la atención de cualquier inconsistencia con las administradoras es su responsabilidad. Recuerde realizar el pago de sus apo fechas establecidas y evite posibles inconvenientes en la prestación de los servicios con sus administradoras. Por favor tenga en cuenta que los pagos realizados desp hábil.

### II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Dias AFP | Dias EPS | Dias ARP | Dias CCF |
| CC 75079409 | BERNAL ARIAS CARLOS ARTURO | 59 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 |

| Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Administradora | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| PROTECCION | $ 1.000.000 | $ 160.000 | EPS SANITAS | $ 1.000.000 | $ 125.000 | POSITIVA DE SEGUROS | $ 1.000.000 | $ 5.300 | NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 290.300 |

### III.TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes FSP | Aportes FSS | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE | TOTAL INTERESES | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 1.000.000 | $ 1.000.000 | $ 1.000.000 | $ 0 | $ 160.000 | $ 0 | $ 0 | $ 125.000 | $ 5.300 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 290.300 | $ 0 | $ 290.300 |

### IV.INFORMACION

| Día hábil de pago sin mora |
|---|
| 3 |

Periodo cotización salud

| Enero | Febrero | Marzo | Abril | Mayo | Junio | Julio | Agosto | Septiembre | Octubre | Noviembre | Diciembre |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

Centro de Servicios Cafam - Supermecados Colsubsidio

8888715361800000000991231

Mibanco - Corresponsables AKI - Supermercados Comfandi - Almacenes Grupo Éxito

(415)7709998485884(8020)8871536180(3900)0000000(96)20991231

**MEDIOS DE PAGO PRESENCIALES Corresponsales: 4/72 - Punto de pago - Punto Red - Baloto - AKI (MIBanco) - MOVIIRED / Centro de Servicios: Cafam / Supermercados: Colsubsidio - Comfandi - Éxito - Carulla – Surtimax / App: Móvil Colpatria – MOVII / Bancos: Mibanco - Banco de Occidente**

**Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 -**

¡Más que Fácil, SIMPLE!



**Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.**

¡El Poder de lo SIMPLE!

DOCUMENTO ATENDIDO EN 03/Jun/2022 10:36 1317 03 0035 3142202

---

C O M F A N D I
NIT 890.303.208-5

Ahora tus puntos valen mas, muy pronto te haremos mega feliz...
Paga tu SOAT con Credito Comfandi, aprovecha nuestras tasas subsidiadas para Cat. A y B.
Inf. Stand Credito Comfandi

```
999919 recaudo sim-202207   290.300 G
 VALOR      :               290.300
 FECHA DOC.:               20220803
NIT        : 1047194210
PIN        : 8871536180
PLANILLA   : 1047194210
PERIODO    : 202207
   ****              TOT    290.300
      Efectivo              300.000
        CAMBIO                9.700
8/03/22 11:29 0751 01 0106 36203
```

PREGUNTA EN RECEPCION POR NUESTRO PROGRAMA DE VECINO FIEL Y GANE BONOS

Escaneado con CamScanner

*CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS*

Cartago, 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** | **1112764222** | **LUNA BERNAL VALENCIA** | **HIJO** |

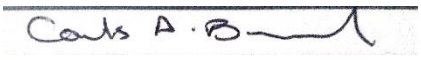
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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: CARLOS ARTURO BERNAL ARIAS

C.C. 75079409

**NO IMPRIMA ESTA HOJA ES SOLAMENTE DE CARÁCTER INFORMATIVO**

**REQUISITOS PARA DEDUCCIONES POR DEPENDIENTES**

En el siguiente cuadro se relacionan los requisitos y documentos que se deben adjuntar para poder acceder al beneficio de disminución de retención en la fuente, por dependientes:

| DEDUCCION | CONCEPTO | REQUISITOS |
|---|---|---|
| DEPENDIENTES | Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad. | Registro civil de nacimiento |
| | Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES ' o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente. | Recibo de pago de matrícula de instituciones debidamente acreditadas |
| | Los hijos del contribuyente mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal. | Certificado de Medicina Legal |
| | El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal | Certificado de Contador Público<br>Certificado de Medicina Legal |
| | Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal. | Certificado de Contador Público<br>Certificado de Medicina Legal |

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1112764222

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 38421576

**Datos de la oficina de registro - Clase de oficina**

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código V 4 5

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

REGISTRADURIA DE CARTAGO COLOMBIA VALLE CARTAGO

**Datos del inscrito**

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| BEDOYA | VALENCIA |

Nombre(s)

LUNA

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2006 Mes ABR Día 16 | FEMENINO | | |

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

COLOMBIA VALLE CARTAGO

| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO | A65417477 |

**Datos de la madre**

Apellidos y nombres completos

VALENCIA LUNA LINA MARCELA

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CEDULA DE CIUDADANIA 0024332140 | COLOMBIA |

**Datos del padre**

Apellidos y nombres completos

BEDOYA ARIAS CARLOS ARTURO

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CEDULA DE CIUDADANIA 0075079409 | COLOMBIA |

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos

BEDOYA ARIAS CARLOS ARTURO

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| CEDULA DE CIUDADANIA 0075079409 | APARECE 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 | Nombre y firma del funcionario que autoriza |
|---|---|
| Año 2006 Mes JUN Día 09 | ATHARA ISOLINA VARGAS ESCOBAR<br>Nombre y firma |

510REGISTRADURIA NALnacimiento 11/02/04

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Escaneado con CamScanner