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 - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION
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	**06660-640322**
No. de documento	**532797**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	HAROLD ALEXANDER TRIANA GALLEGO	**C.C.**	14.565.725	**IP/Nº de contacto**	3165360227
Correo electrónico contratista:	haroldtriana@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 ?**		NO	
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		72813607531	
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:	3400264/2022			**Nº Compromiso SIIF**		**9022**	
Valor Total del Contrato	$ 26.137.500	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 5.227.500	**7**	**Del**	**01/08/2022**	**Al**	**31/08/2022**	**$ 3.485.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 1.742.500		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: CO1.PCCNTR.3400264 PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, EN LOS NIVELES DE FORMACIÓN TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA, EN LAS MODALIDADES PRESENCIAL, VIRTUAL Y/O A DISTANCIA, PROGRAMADAS POR EL CENTRO

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.485.000		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	**$ 3.485.000**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.054.325**		**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	----------	**1047673967**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.394.000	$ 1.394.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 174.300	$ 174.300
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 223.100	$ 223.100
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 7.300	$ 7.300
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	$ 348.500	
Salud hasta $ 608.064	$ -	
Renta Exenta 25% $ 9.120.960	$ 684.775	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.054.325,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.087.600,00	
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	6.175,00	0,200%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Pro-UCEVA	17.425,00	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	**$ 3.461.400,00**	

SON: TRES MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA Y UN MIL CUATROCIENTOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se impartió formación profesional en las finchas asignadas por le centro de formación

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.

HAROLD ALEXANDER TRIANA GALLEGO
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 EDUARDO DUQUE VALDERRUTEN
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

GERARDO AUGUSTO CASTRO MUÑOZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02



COMFANDI
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 410.800 G
VALOR 410.800
FECHA DOC 20220822
NIT 1047673957
PIN 8847957400
PLANILLA 1047673957
PERIODO 202207
**** TOT 410.800
Efectivo 420.000
CAMBIO 9.200
8/22/22 15 49 0579 02 0079 27002

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

Simple

PAGOSIMPLE | Prefactura

Fecha creación reporte: 2022-08-18, 05:18:52 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES
Periodo Cotización: Julio de 2022 **Periodo Servicio:** Julio de 2022 **Referencia pago (PIN):** 8847957400
Fecha límite de pago: 2022-08-05

GUARDADA 25/07/2022

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	HAROLD ALEXANDER TRIANA GALLEGO				
Documento	CC14565725	**Dirección**	CL 10 #8 - 64		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3165360227		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	CARTAGO	**Departamento**	VALLE DEL CAUCA		
Representante Legal		**Identificación**			

IMPORTANTE: SEÑOR APORTANTE, POR FAVOR VERIFIQUE LA LIQUIDACIÓN ANTES DE REALIZAR EL PAGO, Simple S.A., da por entendido que, de realizar el pago con esta planilla, usted está de acuerdo con la información consignada, en consecuencia, la atención de cualquier inconsistencia con las administradoras es su responsabilidad. Recuerde realizar el pago de sus aportes al Sistema General de Seguridad Social dentro de las fechas establecidas y evite posibles inconvenientes en la prestación de los servicios con sus administradoras. Por favor tenga en cuenta que los pagos realizados después de las 3.00 p.m., se harán efectivos el siguiente día hábil.

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días FSP	Días FSS	Días ARP	Días CCF	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 Mineducación	Total
CC 14565725	TRIANA GALLEGO HAROLD ALEXANDER	59	00																0	30	30	30	0	PORVENIR	$ 1.394.000	$ 223.100	S.O.S EPS	$ 1.394.000	$ 174.300	POSITIVA DE SEGUROS	$ 1.394.000	$ 7.300	NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 404.700

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
$ 1.394.000	$ 1.394.000	$ 1.394.000	$ 0	$ 223.100	$ 0	$ 0	$ 174.300	$ 7.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 404.700	$ 4.600	$ 409.300

IV.INFORMACION

Día hábil de pago sin mora
5

Periodo cotización salud											
Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Centro de Servicios Cafam - Supermecados Colsubsidio

8888479574000000000991231

Mibanco - Corresponsables AKI - Supermercados Comfandi - Almacenes Grupo Éxito

(415)7709998485884(8020)8847957400(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!

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:

T.I.	**1114155973**	**EVELYN TRIANA TRUJILLO**	**HIJO**

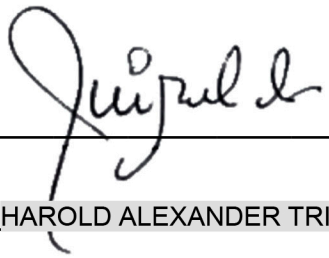
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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: _HAROLD ALEXANDER TRIANA GALLEGO___

C.C. ___14565725 de Cartago Valle__

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 43704414

NUIP 1114155973

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [4] Número [04] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de policía [ ] Código [V B J]

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía: COLOMBIA ========== VALLE ========== CARTAGO ========

Datos del inscrito

Primer Apellido: TRIANA ==========

Segundo Apellido: TRUJILLO ==========

Nombre(s): EVELYN ==========

Fecha de nacimiento: Año 2010 Mes ENE Día 06

Sexo (en letras): FEMENINO ======

Grupo sanguíneo: A ======

Factor RH: POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA ========== VALLE ========== CARTAGO ==========

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO NACIDO VIVO ==========

Número certificado de nacido vivo: 51890076-8 ======

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: TRUJILLO ========== MARIN ========== LEIDY LISSETTE ======

Documento de identificación (Clase y número): C.C.No. 1.112.763.369 CARTAGO VALLE ========

Nacionalidad: COLOMBIANA ======

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: TRIANA ========== GALLEGO ========== HAROLD ALEXANDER ==

Documento de identificación (Clase y número): C.C.No. 14.565.725 CARTAGO VALLE ==========

Nacionalidad: COLOMBIANA ======

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: TRIANA ========== GALLEGO ========== HAROLD ALEXANDER ==

Documento de identificación (Clase y número): C.C.No. 14.565.725 CARTAGO VALLE ==========

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 2010 Mes ENE Día 12

Nombre y firma del funcionario que autorizo

MYRIAM GIRALDO HERRERA ENC.

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -