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
DESPACHO REGIONAL-EMPRENDIMIENTO
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	**101068**
Fecha Elaboración	**24 de Agosto de 2022**
Versión	**MAYO 2022 - 2,22**
ID de Proceso	**67889-017643**
No. de documento	**532445**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	EDWIN ALBERTO ARDILA MEDINA	**C.C.**	91.016.258	**IP/Nº de contacto**	74515
Correo electrónico contratista:	edardila@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 ?**		SI	
Banco al cual consignar:	BANCO DE BOGOTA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		184071488	
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:	3227363/2022			**Nº Compromiso SIIF**		**3522**	
Valor Total del Contrato	$ 69.679.500	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 28.505.250	**8**	**Del**	**01/08/2022**	**Al**	**31/08/2022**	**$ 6.334.500,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 22.170.750		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

SERVICIOS PERSONALES: SERVICIOS PROFESIONALES DE CARACTER TEMPORAL PARA LA GESTION Y SEGUIMIENTO A NIVEL REGIONAL DE LOS PROGRAMAS DE SER, EMPRENDIMIENTO, FONDO EMPRENDER Y FORTALECIMIENTO EMPRESARIAL PL 11 MESES VR MES $6.334.500

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 6.334.500		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0,63%
			Retencion en la Fuente del Periodo	$ 23.500
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 6.334.500**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 3.734.063**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 23.500**

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

	Agosto	**Julio**
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**7846208633**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 2.533.800	$ 2.533.800
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 316.800	$ 316.800
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 405.500	$ 405.500
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 13.300	$ 13.300
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	$ 633.450	
Salud hasta $ 608.064	$ -	
Renta Exenta 25% $ 9.120.960	$ 1.244.688	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	3.734.063,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	5.612.200,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	23.500,00	0,63%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 9609	57.011,00	0,900%
-	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	**$ 6.253.989,00**	

SON: SEIS MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y NUEVE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

1) Reunión con el equipo del SBDC y coordinador de Emprendimiento para Analizar y revisar las metas de los SBDC
2)Participación en reunión nacional con el líder de nodo del programa SER, para Analizar y revisar las metas de los SBDC
3)Reunión con el Dinamizador SER para revisar y analizar la ejecución y evidencias de los indicadores para el cumplimiento de metas
4) Visita presencial a los centro Málaga y Vélez para Realizar el Acompañamiento y verificar la ejecución de los Programas de Emprendimiento, Fondo Emprender, Fortalecimiento y Sena Emprende para visitar Unidades productivas, proyecto fondos empreder
5)Se participo en reuniones de plan x plan a los proyectos Fondo Emprender de los centros del SBDC
6) Revisión de documentos de acreditación para convocatorias Fondo Emprender convocatoria multisectorial
7) Organización y participación de las jornadas virtuales y estrategias para la Regional Santander
8)Participación en diferentes reuniones del ecosistema de emprendimiento como: ApalAncafets 2022, IMEBU, ICBF, DPS, Competitividad.

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.

EDWIN ALBERTO ARDILA MEDINA
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,

OSCAR ALFONSO PEÑA AMAYA
PROFESIONAL 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

ORLANDO ARIZA ARIZA
DIRECTOR REGIONAL A G08

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Banco de Bogotá

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	91016258
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			EDWIN ALBERTO ARDILA MEDINA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BARBOSA	DEPARTAMENTO:	SANTANDER
DIRECCIÓN:	CARRERA 8 # 13-48	TELÉFONO:	7482506
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de detectives e
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7846208633**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS:	MES:	julio	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES:	julio
	AÑO:	2022		AÑO:	2022
DÍAS DE MORA:		12			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2022/08/24	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1616687931

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	$ 410.600
SUBTOTAL:			1	**$ 410.600**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900156264	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	$ 320.800
SUBTOTAL:			1	**$ 320.800**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890903790	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 13.500
SUBTOTAL:			1	**$ 13.500**

TOTAL PAGADO:	**$ 744.900**

Bucaramanga, 24/08/2022

Señores
Grupo de Apoyo Administrativo Mixto
Servicio Nacional de Aprendizaje SENA
Ciudad

Asunto: Solicitud deducible retención en fuente por dependientes

Estimados señores:

Con la presente solicito que de acuerdo con el Articulo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el Artículo 2º. Párrafo 3ro. del Decreto 099 del 2013, se tenga en cuenta como deducible de mis ingresos brutos provenientes de la relación laboral por el concepto de dependientes, los cuales relaciono a continuación:

Apellidos y Nombre	**Documento Identidad**	**Calidad del Dependiente**
SALOME ARDILA MORENO	1142724144	**1. Hijos menores 18 años.**

Certifico bajo la gravedad de juramento la información consignada en esta solicitud y me comprometo a enviar solicitud de revocación de aplicación del deducible por dependientes en el caso en que cesen las condiciones que dan origen a esta solicitud.

Cordialmente,

EDWIN ALBERTO ARDILA MEDINA
C.C 91.016.258 de Barbosa S

Anexo: Relación de documentos que anexa el trabajador.

- Registro civil de nacimiento _X___
- Certificado de estudios. ____
- Certificado contador público. ____
- Certificado medicina legal. ____

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1142724144

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 57405892

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [0 2] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** D U H

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA - SANTANDER - FLORIDABLANCA

Datos del inscrito

Primer Apellido: ARDILA **********
Segundo Apellido: MORENO **********
Nombre(s): SALOME **********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2017 Mes JUN Día 02	Femenino	O	Positivo

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

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	14092524-4

Datos de madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que e indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: MORENO ROSAS EDNA PATRICIA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO.40.038.486	COLOMBIANA

Datos de padre o madre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que e indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: ARDILA MEDINA EDWIN ALBERTO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 91.016.258	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: ARDILA MEDINA EDWIN ALBERTO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 91.016.258	Edwin Ardila M

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 de funcionario que autoriza*
Año 2017 Mes JUN Día 05	LUIS ARGEMIRO VELASCO ARIZA Notario Segundo Círculo de Floridablanca Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

57405892

Impr. por MAR S.A. NIT: (0) 2313001. Bi-textil - para IMPRENTA NACIONAL DE COLOMBIA