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	**Octubre de 2022**
Versión	**MAYO 2022 - 2,22**
ID de Proceso	**17261-971912**
No. de documento	**566462**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	YEISON PALACIOS MOSQUERA	**C.C.**	12.022.395	**IP/Nº de contacto**	3117560380
Correo electrónico contratista:	yeipa27@gmail.com				

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**		0857016307	
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:	3939614/2022			**Nº Compromiso SIIF**		**175722**	
Valor Total del Contrato	$ 12.571.665	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 11.351.115	**2**	**Del**	**01/09/2022**	**Al**	**30/09/2022**	**$ 3.661.650,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 7.689.465		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA LA ORIENTACIÓN EN LA FORMACIÓN DEL PROGRAMA DE ARTICULACIÓN CON LA MEDIA EN EL ÁREA DE MATEMÁTICAS, SEGÚN LOS MODELOS FORMATIVOS ESTABLECIDOS POR EL CGAO SENA REGIONAL SANTANDER. RD-68-9-2022

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

	Setiembre	Agosto			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**8620784356-86**	Valor Base retención en la fuente	2.158.489,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.464.660	$ 466.667	Valor Base retención en la fuente ICA	3.244.150,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 183.100	$ 58.400	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 234.400	$ 74.700	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	$ 4.900	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 2276406 Razonamiento cuantitativo. C.N.U. Vélez. Fecha 1, 2 y 5 horario 8 a 12 y 14 a 18. Total, horas: 24
Alistamiento de materiales formación. Fecha 6 y 7 horario 8 a 12 y 14 a 18. Total, horas: 16
FICHA 2275053 Razonamiento cuantitativo. C.I.C. Barbosa. Fecha 9, 12 y 13horario 8 a 12 y 14 a 18. Total, horas: 24
FICHA 2275115 Razonamiento cuantitativo. C .D.L.I. S. C. Albania. Fecha 14, 29 y 30 horario 8 a 12 y 14 a 18. Total, horas: 24
FICHA 2275896 Razonamiento cuantitativo. C.I.V.C. Vélez. Fecha 15, 16 y 19 horario 8 a 12 y 14 a 18. Total, horas: 24
FICHA 2275666 Razonamiento cuantitativo. C.I.C. Barbosa. Fecha20, 21 y 22 horario 8 a 12 y 14 a 18. Total, horas: 24
FICHA 2275906 Razonamiento cuantitativo. C.I.V.C. Vélez. Fecha 26, 27 y 28 horario 8 a 12 y 14 a 18. Total, horas: 24

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.

YEISON PALACIOS MOSQUERA
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 G12

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

OSCAR ALFONSO PEÑA AMAYA
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL :	YEISON PALACIOS MOSQUERA
IDENTIFICACION:	CC-12022395
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACION REPORTE:	2022-09-01
FECHA LIMITE DE PAGO:	2022-09-22
FECHA DE PAGO:	2022-08-26
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE BOGOTA
PERIODO PENSION:	2022-08
PERIODO SALUD:	2022-08
NUMERO PLANILLA:	8620784356
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8620784356
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	$ 439.398	$ 0	$ 0	$ 0	$ 55.000	$ 55.000
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	$ 439.398	$ 0	$ 0	$ 0	$ 70.400	$ 70.400
14-11	890903790	ARL SURA	1	$ 439.398	$ 0	$ 0	$ 0	$ 4.600	$ 4.600
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 130.000	$ 130.000

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	25/10/2022

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL :	YEISON PALACIOS MOSQUERA
IDENTIFICACION:	CC-12022395
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACION REPORTE:	2022-10-05
FECHA LIMITE DE PAGO:	2022-10-05
FECHA DE PAGO:	2022-10-05
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE OCCIDENTE
PERIODO PENSION:	2022-08
PERIODO SALUD:	2022-08
NUMERO PLANILLA:	8621436808
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8621436808
TIPO DE PLANILLA:	N

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	$ 0	$ 0	$ 100	$ 6.100	$ 6.200
Subtotal Salud		1	1	$ 0	$ 0	$ 100	$ 6.100	$ 6.200
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	$ 0	$ 0	$ 100	$ 7.800	$ 7.900
Subtotal Pensión		1	1	$ 0	$ 0	$ 100	$ 7.800	$ 7.900
14-11	890903790	ARL SURA	1	$ 0	$ 0	$ 100	$ 500	$ 600
Subtotal ARL		1	1	$ 0	$ 0	$ 100	$ 500	$ 600
PASENA	899999034	SENA	0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
PAICBF	899999239	ICBF	0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
PAESAP	899999054	ESAP	0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
PAMIED	899999001	MINEDU	0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
		Total a pagar		$ 0	$ 0	$ 300	$ 14.400	$ 14.700

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	25/10/2022

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Vélez, 30 de septiembre 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	1187213967	**MARIANA PALACIOS SANCHEZ**	**HIJO**

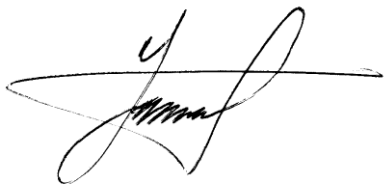
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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: _YEISON PALACIOS MOSQUERA

C.C. 12.022.395

REPÚBLICA DE COLOMBIA

REGISTRO CIVIL
FIRMADO DIGITALMENTE

Adhesivo Copia Registro Civil
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
26020320-4

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

60585241

NUIP	1187213967

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial **60585241**

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaria	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código	E	H	D
X									

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

COLOMBIA - SANTANDER - VELEZ VELEZ. HOSP. SAN JUAN DE DIOS **********

Datos del Inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
PALACIOS **********	SANCHEZ **********

Nombre(s)

MARIANA **********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2020 Mes JUN Día 25	FEMENINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA - SANTANDER - VELEZ **********

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO **********	15908233-3 **********

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

Apellidos y nombres completos

SANCHEZ RODRIGUEZ PAOLA ANDREA **********

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1097332852 **********	COLOMBIA **********

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

Apellidos y nombres completos

PALACIOS MOSQUERA YEISON **********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 12022395 **********	COLOMBIA **********

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

PALACIOS MOSQUERA YEISON **********

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 12022395 **********	Yeison Palacios 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 del funcionario que autoriza*
Año 2020 Mes JUN Día 26	ROSALBA CASTELLANOS HERNANDEZ Nombre y firma

Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
Yeison Palacios M. Firma	ROSALBA CASTELLANOS HERNANDEZ Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS:FOLIO 14: OTRO:CN - NO SE TOMAN HUELLAS PLANTARES POR PROTOCOLO DE PANDEMIA COVID:26/06/2020