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 ANTIOQUIA
CENTRO DE TECNOLOGIA DE LA MANUFACTURA AVANZADA - ANTIOQUIA -SERVICIOS
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	**5**
Código Centro	**920410**
Fecha Elaboración	**Octubre de 2022**
Versión	**MAYO 2022 - 2,22**
ID de Proceso	**60926-005162**
No. de documento	**569801**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	ALVARO HUMBERTO VILLALBA GOMEZ	**C.C.**	79.643.150	**IP/Nº de contacto**	43266
Correo electrónico contratista:	ahvillalba@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:	AV VILLAS	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		078757866	
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:	3416013/2022			**Nº Compromiso SIIF**		**22722**	
Valor Total del Contrato	$ 42.101.733	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 10.125.733	**9**	**Del**	**01/10/2022**	**Al**	**31/10/2022**	**$ 3.997.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 6.128.733		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR PARA ATENDER LOS PROGRAMAS DE LA FORMACIÓN PROFESIONAL DE LA CADENA DE TICS- ELECTRÓNICA DE ACUERDO CON LOS REQUERIMIENTOS DEL ÁREA QUE SE IMPARTEN EN EL CENTRO

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.997.000		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	**$ 3.997.000**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.356.125**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Octubre	**Setiembre**
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**1048482264**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.598.800	$ 1.598.800
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 199.900	$ 199.900
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 255.900	$ 255.900
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 8.400	$ 8.400
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	$ 399.700	
Salud hasta $ 608.064	$ -	
Renta Exenta 25% $ 9.120.960	$ 785.375	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.356.125,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.541.200,00	
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 - 8299	0,00	0,400%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Jaime Isaza Cadavid	15.988,00	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	**$ 3.981.012,00**	

SON: TRES MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA Y UN MIL DOCE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se realizó ejecución de formación profesional con las fichas 2615096 (TC Programacion de Aplicaciones y Servicios para la Nube)
Se realizó ejecución de formación profesional con las fichas 2503281 (TC Control Seguridad Digital)
Se elaboró las guías para los grupos asignados para este trimestre. Se llevó a cabo las actividades propias ejecución formación
Se realizó seguimiento a las posibles novedades que surjan en las áreas de formación.
Se presentaron las guías a trabajar con los grupos asignados en este trimestre. LINK https://drive.google.com/drive/u/0/
Se presenta la documentación solicitada y pertinente, en los días establecidos para dicha actividad.

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.

ALVARO HUMBERTO VILLALBA GOMEZ
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,

HONORIO DE JESUS OLIVEROS GOMEZ
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

HECTOR ALONSO LOPEZ VALENCIA
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

Transacción Aprobada

Su planilla ha sido enviada y pagada con éxito. Por favor imprima este comprobante como soporte del envío y pago de su planilla.

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2022-09-29, 09:50:58 AM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	septiembre de 2022
Periodo de Cotización Para Salud	septiembre de 2022
Empresa	ALVARO HUMBERTO VILLALBA GOMEZ
CEDULA CIUDADANIA	CC 79643150
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1048482264
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	1677754549
Banco	(1052) - BANCO AV VILLAS
Valor	$ 473.800
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	www.simple.co

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	$ 255.900	$ 0
N800251440	EPS005	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.	1	$ 199.900	$ 0
N860011153	14-23	ARP - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1	$ 8.400	$ 0
N890900841	CCF04	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE ANTIOQUIA COMFAMA	1	$ 9.600	$ 0

SubTotales:	$ 473.800	$ 0
Total a Pagar:		$ 473.800

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!

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

PAGOSIMPLE | CERTIFICADO DE PAGO ANUAL

Fecha Creación domingo, 09 de octubre de 2022 05:20:43 PM

Empresa ALVARO HUMBERTO VILLALBA GOMEZ **Nit** 79643150

Período de consulta: 01/07/2022 - 30/09/2022

ALVARO HUMBERTO VILLALBA GOMEZ, fecha de consulta: 01/07/2022 - 30/09/2022

Fecha de pago	2022-09-29		
Referencia pago/ Número planilla	1048482264	**Planilla Corregida**	
Período de Cotización	202209	**Nombre de la Sucursal**	
Período de Servicio	202209	**Código de la Sucursal**	
Planilla de tipo	(I) PLANILLA INDEPENDIENTES	**Tipo de Empleados**	ACTIVO

Nit	Código	Nombre Administradora	Afiliados	Valor Mora	Valor Aporte	Valor Pagado
N800251440	EPS005	EPS SANITAS	1	$ 0	$ 199.900	$ 199.900
N860011153	14-23	POSITIVA DE SEGUROS	1	$ 0	$ 8.400	$ 8.400
N890900841	CCF04	COMFAMA	1	$ 0	$ 9.600	$ 9.600
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	$ 0	$ 255.900	$ 255.900
					Total Pagado	$ 473.800

Fecha de pago	2022-08-31		
Referencia pago/ Número planilla	1047730752	**Planilla Corregida**	
Período de Cotización	202208	**Nombre de la Sucursal**	
Período de Servicio	202208	**Código de la Sucursal**	
Planilla de tipo	(I) PLANILLA INDEPENDIENTES	**Tipo de Empleados**	ACTIVO

Nit	Código	Nombre Administradora	Afiliados	Valor Mora	Valor Aporte	Valor Pagado
N800251440	EPS005	EPS SANITAS	1	$ 0	$ 199.900	$ 199.900
N860011153	14-23	POSITIVA DE SEGUROS	1	$ 0	$ 8.400	$ 8.400
N890900841	CCF04	COMFAMA	1	$ 0	$ 9.600	$ 9.600
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	$ 0	$ 255.900	$ 255.900
					Total Pagado	$ 473.800

Fecha de pago	2022-07-28		
Referencia pago/ Número planilla	1047046468	**Planilla Corregida**	
Período de Cotización	202207	**Nombre de la Sucursal**	
Período de Servicio	202207	**Código de la Sucursal**	
Planilla de tipo	(I) PLANILLA INDEPENDIENTES	**Tipo de Empleados**	ACTIVO

Nit	Código	Nombre Administradora	Afiliados	Valor Mora	Valor Aporte	Valor Pagado
N800251440	EPS005	EPS SANITAS	1	$ 0	$ 199.900	$ 199.900
N860011153	14-23	POSITIVA DE SEGUROS	1	$ 0	$ 8.400	$ 8.400
N890900841	CCF04	COMFAMA	1	$ 0	$ 9.600	$ 9.600
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	$ 0	$ 255.900	$ 255.900
					Total Pagado	$ 473.800

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

Medellín, 31 de octubre 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 empleado contribuyente y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el parágrafo cuarto del artículo segundo del Decreto 0099 de 2013, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

T.I.	**1033258554**	**ANDREA VILLALBA HOYOS**	**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: __ALVARO HUMBERTO VILLALBA GOMEZ__

C.C. ____79.643.150 de Bogotá__

Notaría DIECINUEVE del Círculo de Medellín, DOY FE de que el contenido de esta Hoja corresponde al original.

Medellín, 28 JUNIO DE 2006

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

CIRCULO NOTARIAL DE MEDELLIN

NUIP 1033258554

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 35408729

35408729

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
	X	19				0014

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

COLOMBIA ANTIOQUIA MEDELLIN

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
VILLALBA	HOYOS

Nombre(s)

ANDREA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2006 Mes ABR Día 01	FEMENINO.		

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

COLOMBIA ANTIOQUIA MEDELLIN

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIMIENTO	A 6882938

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

HOYOS RENDON DIANA MARIA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C # 43.541.926 MED.	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

VILLALBA GOMEZ ALVARO HUMBERTO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C # 79.643.150 BTA.	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

VILLALBA GOMEZ ALVARO HUMBERTO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C # 79.643.150 BTA. TEL: 2221583	

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 de autorización
Año 2006 Mes ABR Día 05	BEATRIZ ELENA LONDOÑO DE B.

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	Nombre y Firma

ESPACIO PARA NOTAS

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO