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 AGROTURISTICO - SANTANDER - 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	**68**
Código Centro	**954110**
Fecha Elaboración	**31 de Octubre de 2022**
Versión	**MAYO 2022 - 2,22**
ID de Proceso	**37021-516356**
No. de documento	**593958**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	JORGE ANDRES BAYONA MARTINEZ	**C.C.**	1.095.700.230	**IP/Nº de contacto**	73866
Correo electrónico contratista:	jabayona03@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**		32267032741	
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:	3293979/2022			**Nº Compromiso SIIF**		**5522**	
Valor Total del Contrato	$ 43.039.750	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 10.127.000	**10**	**Del**	**01/10/2022**	**Al**	**31/10/2022**	**$ 3.997.500,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 6.129.500		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

Prestar servicios personales de carácter temporal para orientar la formación profesional programada por el centro de formación en la red de conocimiento institucional de pedagogía en el área temática cultura física

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.997.500		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	**$ 3.997.500**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.356.463**		**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	----------	**8621525674**	Valor Base retención en la fuente	2.356.463,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.599.000	$ 1.599.000	Valor Base retención en la fuente ICA	3.541.700,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 199.900	$ 199.900	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 255.900	$ 255.900	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	$ 16.700	$ 16.700	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 8299	0,00	0,600%
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	$ 399.750		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 608.064	$ -				
Renta Exenta 25% $ 9.120.960	$ 785.488		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	**$ 3.997.500,00**	

SON: TRES MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

•Ficha: 2374655 •Programa:Negocios Internacionales
•Ficha:2348386 •Programa:Negocios Internacionales
•Ficha:2348519 •Programa:Negocios Internacionales
•Ficha:2374830 •Programa:Negocios Internacionales
•Ficha:2348250 •Programa:Analisis y desarrollo de Informacion
•Ficha:2348491 •Programa:Analisis y desarrollo de Informacion
Ficha: 2374564 •Programa:Gestion de Mercados
•Ficha: 2374752 •Programa:Gestion Logistica
•Ficha: 2374614 •Programa:Gestion Logistica

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.

JORGE ANDRES BAYONA MARTINEZ
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,

LUIS ENRIQUE RIOS ARDILA
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

OSCAR JULIAN GELVEZ LOZANO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

Banagrario

ASOPAGOS s.a. ANTES OPERADOR ASOCAJAS

RAZON SOCIAL :	JORGE ANDRES BAYONA MARTINEZ
IDENTIFICACION:	CC-1095700230
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2022-10-12
FECHA LIMITE DE PAGO:	2022-10-10
FECHA DE PAGO:	2022-10-11
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO AGRARIO
PERIODO PENSION:	2022-09
PERIODO SALUD:	2022-09
NUMERO PLANILLA:	8621525674
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8661113044
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
ESSC24	900226715	EPS-S COOSALUD	1	$ 1.600.000	$ 0	$ 0	$ 200	$ 200.000	$ 200.200
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 1.600.000	$ 0	$ 0	$ 300	$ 256.000	$ 256.300
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 1.600.000	$ 0	$ 0	$ 100	$ 16.800	$ 16.900
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 600	$ 472.800	$ 473.400

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	09/11/2022

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

San Gil, 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 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:

C.C.	**1.102.490.400**	**LIA ANTONELLA BAYONA 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: JORGE ANDRES BAYONA MARTINEZ

C.C. 1095700230 de Barichara

REPÚBLICA DE COLOMBIA

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP: 1.102.490.400

Indicativo Serial: 51317581

51317581

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 02 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código R 8 L

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

COLOMBIA-SANTANDER-SOCORRO

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
BAYONA	SANCHEZ

Nombre(s)
LIA ANTONELLA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2018 Mes JUL Día 06	FEMENINO	"A"	POSITIVO

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

COLOMBIA-SANTANDER-SOCORRO

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	14543828-5

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: SANCHEZ GIRON MAGDA JIMENA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.No. 1.101.683.543 DE SOCORRO, SANTANDER	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: BAYONA MARTINEZ JORGE ANDRES

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.No. 1.095.700.230 DE BARICHARA, SANTANDER	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: BAYONA MARTINEZ JORGE ANDRES

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C.No. 1.095.700.230 DE BARICHARA, SANTANDER	

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 2018 Mes JUL Día 09	JUAN DAVID MEJIA CATAÑO Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	JUAN DAVID MEJIA CATAÑO Nombre y firma

JUAN DAVID MEJIA CATAÑO NOTARIO SEGUNDO Círculo de Socorro Santander

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO VARIOS 043 AÑO 2018

COPIA FIEL DEL ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

Scanned with CamScanner

IMPRESO POR THOMAS GREG & SONS DE COLOMBIA S.A. NIT 860.005.080-2 TEL. 381 0240