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 HUILA
CENTRO AGROEMPRESARIAL Y DESARROLLO PECUARIO DEL HUILA - SERVICIOS PRESTADOS A LA
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	**41**
Código Centro	**952510**
Fecha Elaboración	**31 de Octubre de 2022**
Versión	**MAYO 2022 - 2,22**
ID de Proceso	**00498-403542**
No. de documento	**591906**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	JOSE ALFREDO BARRIOS ORTIZ	**C.C.**	5.978.971	**IP/Nº de contacto**	84685
Correo electrónico contratista:	jbarrioso@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 ?**		NO	
Banco al cual consignar:	BANCO DE BOGOTA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		652172362	
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:	3356907/2022			**Nº Compromiso SIIF**		**3922**	
Valor Total del Contrato	$ 36.234.667	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 8.714.667	**9**	**Del**	**01/10/2022**	**Al**	**31/10/2022**	**$ 3.440.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 5.274.667		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES O DE APOYO A LA GESTIÓN DE CARACTER TEMPORAL PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL TITULADA Y COMPLEMENTARIA PRESENCIAL Y/O VIRTUAL EN EL C.A.D.P.H. Y SU ÁREA INFLUENCIA ESPECIALIDAD GESTION EMPRESARIAL

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.440.000		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	**$ 3.440.000**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.027.850**		**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	----------	**7853215564**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.376.000	$ 1.376.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 172.000	$ 172.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 220.200	$ 220.200
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 14.400	$ 14.400
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	$ 344.000	
Salud hasta $ 608.064	$ -	
Renta Exenta 25% $ 9.120.960	$ 675.950	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.027.850,00	TARIFA	
Valor Base retención en la fuente ICA	3.047.800,00		
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	0,350%	
-	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	**$ 3.440.000,00**		

SON: TRES MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA MIL PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Durante el mes de Octubre 2022 se realizaron las siguientes Actividades
FICHA:2502646:PROPONER ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN QUE CONTRIBUYAN AL LOGRO DE LOS OBJETIVOS DE ACUERDO CON EL NIVEL DE Y RESPONSABILIDAD
FICHA:2502647:PROPONER ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN QUE CONTRIBUYAN AL LOGRO DE LOS OBJETIVOS DE ACUERDO CON EL NIVEL DE Y RESPONSABILIDAD
FICHA:2502650 FACILITAR EL SERVICIO A LOS CLIENTES INTERNOS Y EXTERNOS DE ACUERDO CON LAS POLÍTICAS DE LA ORGANIZACIÓN.
FICHA:2450184 FACILITAR EL SERVICIO A LOS CLIENTES INTERNOS Y EXTERNOS DE ACUERDO CON LAS POLÍTICAS DE LA ORGANIZACIÓN.
ACTIVIDADES ENCAMINADAS AL PROCESO DE FILOSOFÍA ORGANIZACIÓNAL .
ACTIVIDADES ENCAMINADAS A PROCESOS DE SERVICIO Y ATENCION AL CLIENTE EN LA ORGANIZACIÓN .

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.

JOSE ALFREDO BARRIOS ORTIZ
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,

HUMBERTO VARGAS ANGEL
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

LUIS HUMBERTO GONZALEZ ORTIZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	5978971
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JOSE ALFREDO BARRIOS ORTIZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	IBAGUE	DEPARTAMENTO:	TOLIMA
DIRECCIÓN:	CRA 4 #12-40	TELÉFONO:	2600000
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			**7853215564**	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	septiembre AÑO	2022	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	septiembre AÑO	2022
DÍAS DE MORA:			5				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2022/10/24	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			1720384335

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 220.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.100	$ 0	$ 220.200	$ 1.100	$ 221.300
SUBTOTALES:										**$ 220.200**	**$ 1.100**	**$ 221.300**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 172.000	$ 0	$ 900	$ 0	$ 172.000	$ 900	$ 0	$ 172.900
SUBTOTALES:													**$ 172.000**	**$ 900**	**$ 0**	**$ 172.900**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 14.400	$ 14.400	$ 100	$ 0	$ 14.500
SUBTOTALES:									**$ 14.400**	**$ 100**	**$ 0**	**$ 14.500**

Planilla Pagada

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA
1	CC 5978971	BARRIOS ORTIZ JOSE ALFREDO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.376.000				NO

NOVEDADES

Nº	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1																	

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
1	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.376.000	$ 220.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 220.200

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE
1	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.376.000	$ 172.000	$ 0	$ 172.000

SEGURIDAD SOCIAL — ARP

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
1	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.376.000	5978971	$ 14.400

PARAFISCALES

Nº	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 408.700**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Banco de Bogotá

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	5978971
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JOSE ALFREDO BARRIOS ORTIZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	IBAGUE	DEPARTAMENTO:	TOLIMA
DIRECCIÓN:	CRA 4 #12-40	TELÉFONO:	2600000
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7853215564**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	septiembre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	septiembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2022	SALUD:	AÑO:	2022
DÍAS DE MORA:		5			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2022/10/24	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1720384335

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 221.300
SUBTOTAL:			1	**$ 221.300**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900156264	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	$ 172.900
SUBTOTAL:			1	**$ 172.900**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 14.500
SUBTOTAL:			1	**$ 14.500**

TOTAL PAGADO:	**$ 408.700**

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

GARZON HUILA, 03 de febrero de 2022

SENA - CFP 419525
RADICACIÓN RECIBIDA
No: 41-1-2022-001795
3/02/2022 8:18:57 a. m.
Destinatario:

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.	**1190213501**	**DANIEL FELIPE BARRIOS ROJAS**	**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: JOSE ALFREDO BARRIOS ORTIZ

C.C. 5978971

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

NUIP 1.190.213.501

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 43463579

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código E H T

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

REGISTRADURIA DE PURIFICACION. HOSP. LA CANDELARIA - COLOMBIA - TOLI

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
BARRIOS	ROJAS

Nombre(s)

DANIEL FELIPE

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2009 Mes JUL Día 26	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA TOLIMA PURIFICACION

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	51771014-1

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

ROJAS FLOREZ HENNY XIOMARA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 51.923.823	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

BARRIOS ORTIZ JOSE ALFREDO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 5.978.971	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

BARRIOS ORTIZ JOSE ALFREDO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 5.978.971	x

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Adhesivo Copia Registro Civil 20936620-7

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

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 2009 Mes JUL Día 27	LEONOR SANCHEZ DIAZ - REGISTRADOR Nombre y firma

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 -

IMPRESO POR PARAMERICANA FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800.175.457-6 TEL. 430 2110