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 DISTRITO CAPITAL
CENTRO DE SERVICIOS FINANCIEROS-BTA D C - 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	**11**
Código Centro	**940510**
Fecha Elaboración	**Noviembre de 2022**
Versión	**MAYO 2022 - 2,22**
ID de Proceso	**47050-617766**
No. de documento	**614742**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	JAVIER ALBERTO PEÑA GRANADOS	**C.C.**	1.098.719.487	**IP/Nº de contacto**	3105659212
Correo electrónico contratista:	japenagr@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:	BANCOLOMBIA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		29100061439	
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:	3379467/2022			**Nº Compromiso SIIF**		**26622**	
Valor Total del Contrato	$ 43.706.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 6.795.750	**11**	**Del**	**01/11/2022**	**Al**	**30/11/2022**	**$ 3.997.500,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 2.798.250		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR:PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE MANERA AUTÓNOMA E INDEPENDIENTE, PARA FORMAR EN COMPETENCIAS TRANSVERSALES A TRAVÉS DE HERRAMIENTAS PEDAGÓGICAS EN LOS PROGRAMAS DE MODALIDAD PRESENCIAL DE LA RED DE CONOCIMIENTO DE INSTITUCIONAL DE P

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

	Noviembre	**Octubre**
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**9442213318**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.599.000	$ 1.599.000
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	$ 399.750	
Salud hasta $ 608.064	$ -	
Renta Exenta 25% $ 9.120.960	$ 785.488	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.356.463,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.541.700,00	
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	34.213,00	0,966%
-	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	**$ 3.963.287,00**	

SON: TRES MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y SIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Obligación 1: Se realiza la planeación de los procesos formativos de la competencia transversal de emprendimiento de acuerdo con los lineamientos institucionales de las fichas. Obligación 4. Se desarrollo el proceso de formación en la evaluación y seguimiento de la etapa productiva de acuerdo con la asignación realizada por la Coordinación Académica del centro con las fichas. Obligación 5 : Se realiza seguimiento y evaluación en la etapa lectiva brindando atención a los aprendices realizando acompañamiento a la transversa de emprendimiento de las fichas. Obligación 6:Se implementan estrategias para mitigar la deserción de los Aprendices durante la etapa lectiva. Obligación 7: Se reporta ante cada Coordinación Académica del Centro las novedades presentadas con los Aprendices en el desa rrollo de la etapa lectiva. Obligación 8: Se realiza el registro en el aplicativo Sofia Plus del juicio de aprobado correspondiente a resultado de aprendizaje de la competencia transversal. Obligación 9: Se realiza el registro del juicio de evaluación correspondiente Fichas:2558685,2667110,2450376,2509920,2558705,2558692,2558931,2523642,2558938,2397465, Total horas: 160

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.

JAVIER ALBERTO PEÑA GRANADOS
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,

CLAUDIA PATRICIA RUIZ FONSECA
INSTRUCTOR G16

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

MIREYA PARRA PINTO
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1098719487		PEÑA GRANADOS JAVIER ALBERTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 29C 1 26	CUCUTA-NORTE DE SANTANDER	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-10	2022-10	1763746627	9442213318	I	2022/11/22	2022/11/18	BANCOLOMBIA	0	$482,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,600,000	$256,000			$1,600,000	$200,000			$1,600,000	$9,600			$1,600,000	$16,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,600,000	$256,000			$1,600,000	$200,000			$1,600,000	$9,600			$1,600,000	$16,800		$0	$0
Ciudad: CUCUTA Depto: NORTE DE SANTANDER (1 Afiliados)					$1,600,000	$256,000			$1,600,000	$200,000			$1,600,000	$9,600			$1,600,000	$16,800		$0	$0
1	CC	1098719487 PEÑA JAVIER	231001	30	$1,600,000	$256,000	EPS005	30	$1,600,000	$200,000	CCF37	30	$1,600,000	$9,600	14-23	30	$1,600,000	$16,800	30	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,600,000	$256,000			$1,600,000	$200,000			$1,600,000	$9,600			$1,600,000	$16,800		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1098719487		PEÑA GRANADOS JAVIER ALBERTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 29C 1 26	CUCUTA-NORTE DE SANTANDER	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-10	2022-10	1763746627	9442213318	I	2022/11/22	2022/11/18	BANCOLOMBIA	0	$482,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$256,000	$0	$0	$256,000
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$256,000	$0	$0	$256,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$16,800	$0	$0	$16,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$16,800	$0	$0	$16,800
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,600	$0	$0	$9,600
COMFANORTE	CCF37	890,500,516	3	1	$9,600	$0	$0	$9,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$200,000	$0	$0	$200,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$200,000	$0	$0	$200,000
TOTAL				1	$482,400	$0	$0	$482,400

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 30 de noviembre 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	**1026601316**	**Matias Peña Vargas**	**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.

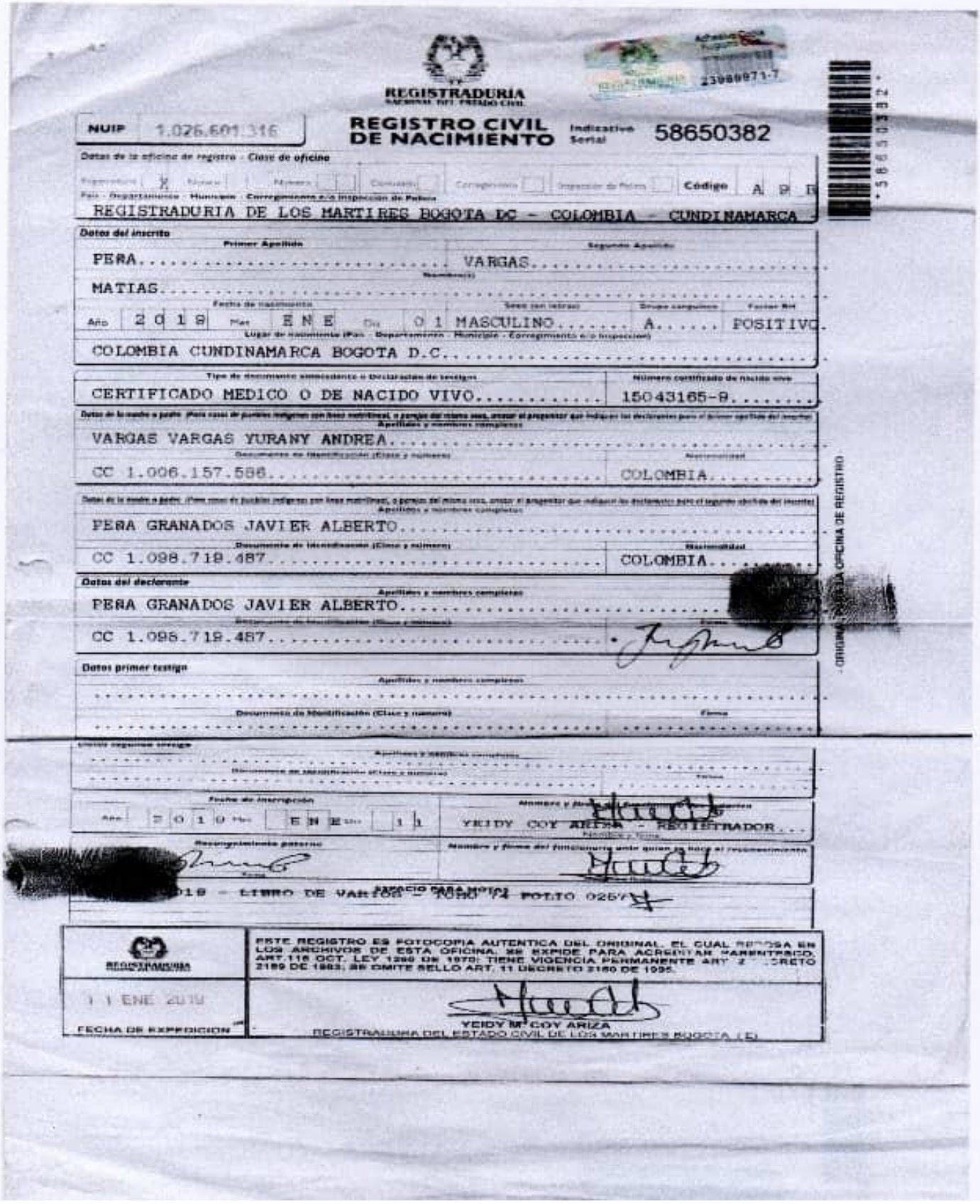
Cordialmente,



FIRMA

Nombre: JAVIER ALBERTO PEÑA GRANADOS

C.C. 1098719487



REGISTRADURIA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1.026.601.316

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 58650382

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría: X Notaría: Consulado: Corregimiento: Inspección de Policía: Código A 2 8

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

REGISTRADURIA DE LOS MARTIRES BOGOTA DC - COLOMBIA - CUNDINAMARCA

Datos del inscrito

Primer Apellido: PERA

Segundo Apellido: VARGAS

Nombre(s): MATIAS

Fecha de nacimiento: Año 2018 Mes ENE Día 01

Sexo (en letras): MASCULINO

Grupo sanguíneo: A

Factor Rh: POSITIVO

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo: 15043165-8

Datos de la madre o padre (Para casos de parejas indígenas con base matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indique las declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: VARGAS VARGAS YURANY ANDREA

Documento de identificación (Clase y número): CC 1.006.157.586

Nacionalidad: COLOMBIA

Datos de la madre o padre (Para casos de parejas indígenas con base matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indique las declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: PERA GRANADOS JAVIER ALBERTO

Documento de identificación (Clase y número): CC 1.098.719.487

Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: PERA GRANADOS JAVIER ALBERTO

Documento de identificación (Clase y número): CC 1.098.719.487

Firma:

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: Año 2018 Mes ENE Día 11

Nombre y firma del funcionario - YEIDY COY ARIZA - REGISTRADOR

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

ESPACIO PARA NOTAS

2018 - LIBRO DE VARIOS - TOMO 74 FOLIO 0257

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

REGISTRADURIA

ESTE REGISTRO ES FOTOCOPIA AUTENTICA DEL ORIGINAL EL CUAL REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA OFICINA. SE EXPIDE PARA ACREDITAR PARENTESCO, ART.116 OCT. LEY 1260 DE 1970; TIENE VIGENCIA PERMANENTE ART. 2 DECRETO 2189 DE 1983; SE OMITE SELLO ART. 11 DECRETO 2160 DE 1995.

11 ENE 2019

FECHA DE EXPEDICION

YEIDY M. COY ARIZA
REGISTRADURA DEL ESTADO CIVIL DE LOS MARTIRES BOGOTA (E)

Escaneado con CamScanner