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 VALLE
CENTRO DE TECNOLOGIAS AGROINDUSTRIALES-VALLE - 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	**76**
Código Centro	**954310**
Fecha Elaboración	**Noviembre de 2022**
Versión	**MAYO 2022 - 2,22**
ID de Proceso	**00261-272945**
No. de documento	**616973**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	EDINSON RAMIREZ MONTOYA	**C.C.**	16.219.568	**IP/Nº de contacto**	3128880986
Correo electrónico contratista:	eramirez865@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:	BANCO AGRARIO DE COLOMB	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		469782048420	
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:	4102133/2022			**Nº Compromiso SIIF**	**144022**	
Valor Total del Contrato	$ 7.995.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**			**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 5.196.750	**2**	**Del**	**01/11/2022**	**Al** **30/11/2022**	**$ 3.997.500,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 1.199.250		Legalización comisiones del periodo		$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

CONTRATACION DE INSTRUCTORES: CO1.PCCNTR.4102133 PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, EN LOS NIVELES DE FORMACIÓN TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA, EN LAS MODALIDADES PRESENCIAL, VIRTUAL Y/O A DISTANCIA, PROGRAM

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	----------	**1050255158**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.599.000	$ 1.119.300
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 199.900	$ 140.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 255.900	$ 179.100
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 8.400	$ 5.900
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 - 8523	7.083,00	0,200%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Pro-UCEVA	19.988,00	0,500%
Universidad del Pacífico	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	**$ 3.970.429,00**	

SON: TRES MILLONES NOVECIENTOS SETENTA MIL CUATROCIENTOS VEINTINUEVE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Impartir formación profesional integral en fichas de formación titulada virtual, presencial y complementarias

Informe mensual de ejecución contractual GTH-F-062_V09

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.

EDINSON RAMIREZ MONTOYA
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,

JOSE GABRIEL GARAVITO APONTE
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

GERARDO AUGUSTO CASTRO MUÑOZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

C O M F A N D I
NIT 890.303.208-5

Estinado cliente, eres parte de la
transformaci%n de Vecino Fiel,
a Megapuntos Comfandi, muy pronto
podr@s ver otra vez tus puntos y
redimirlos, esperalos, mas info en
www.comfandi.com.co/megapuntos
999919 recaudo sim-202210 331.900 G
VALOR : 331.900
FECHA DOC.: 20221111
NIT : 1050255158
PIN : 8867852520
PLANILLA : 1050255158
PERIODO : 202210
**** TOT 331.900
Efectivo **350.000**
CAMBIO 18.100
11/11/22 09:09 0579 01 0030 27002

PREGUNTA EN RECEPCION POR NUESTRO
PROGRAMA DE VECINO FIEL Y GANE BONOS

Simple

PAGOSIMPLE | Prefactura

Fecha creación reporte: 2022-11-11, 08:38:27 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES
Periodo Cotización: octubre de 2022 **Periodo Servicio:** octubre de 2022 **Referencia pago (PIN):** 8867852520
Fecha limite de pago: 2022-11-17

GUARDADA 12/10/2022

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	EDINSON RAMIREZ MONTOYA				
Documento	CC16219568	**Dirección**	CRA 5 18 60		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3212494471		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	CARTAGO	**Departamento**	VALLE DEL CAUCA		
Representante Legal		**Identificación**			

IMPORTANTE: SEÑOR APORTANTE, POR FAVOR VERIFIQUE LA LIQUIDACIÓN ANTES DE REALIZAR EL PAGO, Simple S.A., da por entendido que, de realizar el pago con esta planilla, usted está de acuerdo con la información consignada, en consecuencia, la atención de cualquier inconsistencia con las administradoras es su responsabilidad. Recuerde realizar el pago de sus aportes al Sistema General de Seguridad Social dentro de las fechas establecidas y evite posibles inconvenientes en la prestación de los servicios con sus administradoras. Por favor tenga en cuenta que los pagos realizados después de las 3.00 p.m., se harán efectivos el siguiente día hábil.

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																	Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	INS	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VIP	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Administradora	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Mineducación	Total
CC 16219568	RAMIREZ MONTOYA EDINSON	59	00																0	30	30	30	30	COLPENSIONES	$ 1.120.000	$ 179.200	NUEVA EPS S.A.	$ 1.120.000	$ 140.000	POSITIVA DE SEGUROS	$ 1.120.000	$ 5.900	COMFANDI	$ 1.120.000	$ 6.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 331.900

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes FSP	Aportes FSS	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE	TOTAL INTERESES	TOTAL FINAL
$ 1.120.000	$ 1.120.000	$ 1.120.000	$ 1.120.000	$ 179.200	$ 0	$ 0	$ 140.000	$ 5.900	$ 6.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 331.900	$ 0	$ 331.900

IV.INFORMACION

Día hábil de pago sin mora
11

Periodo cotización salud											
Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Centro de Servicios Cafam - Supermecados Colsubsidio

8888678525200000000991231

Mibanco - Corresponsables AKI - Supermercados Comfandi - Almacenes Grupo Éxito

(415)7709998485884(8020)8867852520(3900)0000000(96)20991231

MEDIOS DE PAGO PRESENCIALES Corresponsales: 4/72 - Punto de pago - Punto Red - AKI (MiBanco) - MOViiRED / Centro de Servicios: Cafam Suba / Supermercados: Tiendas Cencosud (Jumbo, Metro y Spid) - Colsubsidio - Comfandi – Grupo Éxito / App: Móvil Colpatria - MOVii / Bancos: Mibanco - Banco de Occidente

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 PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 21 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	**1113.862.076**	**ALEJANDRO RAMÍREZ 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: Edinson Ramírez Montoya

C.C. 16.219.568

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

NUIP 1113862076

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 40851435

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria	Notaria	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policia	Código
	X	01				V 7 J

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

COLOMBIA VALLE CARTAGO

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
RAMIREZ	ROJAS

Nombre(s): ALEJANDRO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2007 Mes OCT Día 30	MASCULINO	A	+

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

HOSPITAL DEPARTAMENTAL COLOMBIA VALLE CARTAGO

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	A7900166

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: ROJAS RESTREPO ALEJANDRA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC# 42.124.520 DE PEREIRA RISARALDA	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: EDINSON RAMIREZ MONTOYA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC# 16.219.568 DE CARTAGO VALLE	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: RAMIREZ MONTOYA EDINSON

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC# 16.219.568 DE CARTAGO VALLE	[signature]

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos: X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X	X.X.X.X.X.X.X.X.X

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos: X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
X X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X	X.X.X.X.X.X.X.X.X

Fecha de inscripción	*Nombre y firma del funcionario que autoriza*
Año 2007 Mes NOV Día 20	DR. ORLANDO RESTREPO JARAMILLO Nombre y firma

Reconocimiento ~~paterno~~	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
[signature] Firma	DR. ORLANDO RESTREPO JARAMILLO Nombre y Firma

ESPACIO PARA NOTAS

— ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO —

5E4150804

© FESA S.A. NIT. 890.321.151-0