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 CAUCA
CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS - CAUCA - 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	**19**
Código Centro	**930710**
Fecha Elaboración	**Noviembre de 2022**
Versión	**MAYO 2022 - 2,22**
ID de Proceso	**81518-633408**
No. de documento	**603845**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	GUSTAVO ADOLFO SALAZAR ESCOBAR	**C.C.**	1.061.708.378	**IP/Nº de contacto**	3175303908
Correo electrónico contratista:	gsalazar8@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 BBVA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		0867064859	
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:	3291364/2022			**Nº Compromiso SIIF**		**4122**	
Valor Total del Contrato	$ 40.530.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 5.790.000	**10**	**Del**	**01/11/2022**	**Al**	**30/11/2022**	**$ 3.860.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 1.930.000		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

Prestar servicios personales de carácter temporal como instructor contratista, impartiendo formación profesional integral presencial, a distancia o virtual; en el programa de titulada regular, del centro de comercio y servicio, perteneciente al área o red de conocimiento: Titulada análisis y desarrollo de sistemas de información, en el o los municipios del departamento del cauca donde se le asigne por la

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.860.000		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	**$ 3.860.000**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.275.425**		**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	----------	**9442140408**	Valor Base retención en la fuente	2.275.425,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.544.000	$ 1.544.000	Valor Base retención en la fuente ICA	3.419.900,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 193.000	$ 193.000	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 247.100	$ 247.100	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 I	$ 8.100	$ 8.100	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 300	6.840,00	0,200%
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	$ 386.000		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 608.064	$ -				
Renta Exenta 25% $ 9.120.960	$ 758.475		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	**$ 3.853.160,00**	

SON: TRES MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL CIENTO SESENTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Orientar procesos de formación profesional, en las fichas n° 2325230, 2325226, 2559637, 2680967 Competencia 1: CONSTRUIR EL SISTEMA QUE CUMPLA CON LOS REQUISITOS DE LA SOLUCIÓN INFORMÁTICA, DISEÑAR EL SISTEMA DE ACUERDO CON LOS REQUERIMIENTOS DEL CLIENTE, Resultado de aprendizaje: 22050100702. . RAP 2: 22050100707. Competencia 2: Evaluar requisitos de la solución de software de acuerdo con metodologías de análisis y estándares Resultados de aprendizaje: 03 DESARROLLAR PROCESOS LÓGICOS A TRAVÉS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE ALGORITMOS. Competencia 3: 2050100706. Construir el programa de instalación del aplicativo, utilizando las herramientas de desarrollo disponibles en el mercado,según las características de la arquitectura. Desde el 01 de septimebre Según Reporte Sofiaplus. Realizar el liderazgo en las fichas nº: 2254813, 2254809, 2501080,2680967.

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.

GUSTAVO ADOLFO SALAZAR ESCOBAR
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,

ADA LORENA CERON ROSERO
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

JOHN JAIRO MOTTA CALDERON
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

Pagos aportes en línea

Módulo de pagos electrónicos

Pago electrónico

El pago electrónico de su autoliquidación se ha realizado exitosamente

Resumen del pago electrónico



Dirección IP:	191.106.210.95
Estado de la transacción:	APROBADA
Clave planilla:	9442140408
Valor:	448,200
Período de pago:	2022-10
No Transacción (CUS):	1756280600
Fecha:	2022/11/15
Banco:	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.
Aportes en línea:	9999001472382

Aceptar

Imprimir

Copyright © 2022 Aportes en Línea. Todos los derechos reservados.

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1061708378		SALAZAR ESCOBAR GUSTAVO ADOLFO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 72 AN # 5a-70	POPAYAN-CAUCA	8204637	Si

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	1756280600	9442140408	I	2022/11/21	2022/11/15	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	$448,200	

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	Ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	Irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,544,000	$247,100			$1,544,000	$193,000			$0	$0			$1,544,000		$8,100		$0	$0		**$448,200**
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,544,000	$247,100			$1,544,000	$193,000			$0	$0			$1,544,000		$8,100		$0	$0		**$448,200**
Ciudad: POPAYAN Depto: CAUCA (1 Afiliados)																						$1,544,000	$247,100			$1,544,000	$193,000			$0	$0			$1,544,000		$8,100		$0	$0		**$448,200**
1	CC	1061708378	SALAZAR GUSTAVO																	23030 1	30	$1,544,000	$247,100	EPS005	30	$1,544,000	$193,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,544,000	0.522%	$8,100	0	$0	$0	No	$448,200
Total	**Afiliados(1)**																					$1,544,000	$247,100			$1,544,000	$193,000			$0	$0			$1,544,000		$8,100		$0	$0		$448,200

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1061708378		SALAZAR ESCOBAR GUSTAVO ADOLFO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 72 AN # 5a-70	POPAYAN-CAUCA	8204637	Si

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	1756280600	9442140408	I	2022/11/21	2022/11/15	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	$448,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$247,100	$0	$0	$247,100
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$247,100	$0	$0	$247,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$8,100	$0	$0	$8,100
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$8,100	$0	$0	$8,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$193,000	$0	$0	$193,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$193,000	$0	$0	$193,000
TOTAL				**1**	**$448,200**	**$0**	**$0**	**$448,200**

La suscrita **MAIRA ALEJANDRA CABRERA MUÑOZ**, contadora pública titulada con cedula de ciudadanía No 1.061.730.009 de Popayán y tarjeta profesional No 274787-T

CERTIFICA

Que para efectos de la norma establecida en el numeral 5 del parágrafo 2 del artículo 387 del estatuto tributario, la señora **OMAIRA ESCOBAR ROJAS** identificada con cedula de ciudadanía No 34.533.631 de Popayán, es madre del señor **GUSTAVO ADOLFO SALAZAR ESCOBAR** identificado con cedula de ciudadanía No 1.061.708.378 de Popayán

Que en la actualidad la señora **OMAIRA ESCOBAR ROJAS** no obtiene ingresos propios por lo cual se cumplen los criterios para que la señora en mención pueda figurar como dependiente del señor **GUSTAVO ADOLFO SALAZAR ESCOBAR**

Para constancia se firma en la ciudad de Popayán a los 12 días del mes de marzo del 2022

Atentamente

Maira Alejandra Cabrera Muñoz

CC : 1.061.730.009

T.P : 274787-T

Escaneado con CamScanner

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Popayán, 16 de marzo 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.	**34533631**	**Omaira Escobar Rojas**	**MADRE**

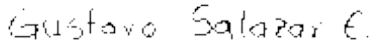
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Padre o hermano que se encuentra en situación de dependencia, por ingresos en el año menores a 260 UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.

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: __Gustavo Adolfo Salazar Escobar_____

C.C. ____1061708378_____

NO IMPRIMA ESTA HOJA ES SOLAMENTE DE CARÁCTER INFORMATIVO

REQUISITOS PARA DEDUCCIONES POR DEPENDIENTES

En el siguiente cuadro se relacionan los requisitos y documentos que se deben adjuntar para poder acceder al beneficio de disminución de retención en la fuente, por dependientes:

DEDUCCION	CONCEPTO	REQUISITOS
DEPENDIENTES	Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad.	Registro civil de nacimiento
	Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES ' o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.	Recibo de pago de matrícula de instituciones debidamente acreditadas
	Los hijos del contribuyente mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Medicina Legal
	El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal
	Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal

ENERO 01 | FEBRERO 02 | MARZO 03 | ABRIL 04
MAYO 05 | JUNIO 06 | JULIO 07 | AGOSTO 08
SEPT. 09 | OCTUBRE 10 | NOV. 11 | DIC. 12

REPUBLICA DE COLOMBIA
REGISTRO CIVIL

Superintendencia de Notariado y Registro

REGISTRO DE NACIMIENTO

IDENTIFICACION No.

(1) Parte básica	(2) Parte compl.
880509	67004-

12616152

(3) Clase (Notaría, Alcaldía, Corregiduría, etc.)	(4) Municipio y Departamento, Intendencia o Comisaría	(5) Código
NOTARIA PRIMERA	POPAYAN (CAUCA)	2201

SECCION GENERICA

(6) Primer apellido	(7) Segundo apellido	(8) Nombres
SALAZAR	ESCOBAR	GUSTAVO ADOLFO

(9) Masculino o Femenino	(10) Masculino	Femenino	FECHA DE NACIMIENTO (11) Día	(12) Mes	(13) Año
MASCULINO	X		09	MAYO	1.988

(14) País	(15) Departamento, Int., o Com.	(16) Municipio
COLOMBIA	CAUCA	POPAYAN

SECCION ESPECIFICA

(17) Clínica, hospital, dirección de la casa, vereda, corregimiento, etc., donde ocurrió el nacimiento	(18) Hora
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JOSE DE POPAYAN	11.15

(19) Documento presentado—Antecedente (Cert. médico, Acta parroq. etc.)	(20) Nombre del profesional que certificó el nacimiento	(21) No. licen
CERTIFICADO MEDICO	ILEGIBLE	

(22) Apellidos (de soltera)	(23) Nombres	(24) Edad actu
ESCOBAR ROJAS	OMAIRA	32

(25) Identificación (clase y número)	(26) Nacionalidad	(27) Profesión u oficio
CC# 34.533.631 POPAYAN	COLOMBIANA	HOGAR

(28) Apellidos	(29) Nombres	(30) Edad actual
SALAZAR HINCAPIE	FRANCISCO JAVIER	24

(31) Identificación (clase y número)	(32) Nacionalidad	(33) Profesión u oficio
CC# 10.544.645 DE POPAYAN	COLOMBIANO	EMPLEADO

(34) Identificación (clase y número)	(35) Firma (autógrafa)
CC# 10.544.645 DE POPAYAN	

(36) Dirección postal y municipio	(37) Nombre
KRA 6 # 12N-72 POPAYAN	FRANCISCO JAVIER SALAZAR

(38) Identificación (clase y número)	(39) Firma (autógrafa)

(40) Domicilio (Municipio)	(41) Nombre

(42) Identificación (clase y número)	(43) Firma (autógrafa)

(44) Domicilio (Municipio)	(45) Nombre

(FECHA EN QUE SE SIENTA ESTE REGISTRO)

(46) Día	(47) Mes	(48) Año
27	MAYO	1.988

(49) Firma funcionario ante quien se hace el registro

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL

Forma DANE IPTO – 0

ESTE REGISTRO CIVIL TIENE VALIDEZ PERMANENTE

NOTARIA PRIMERA DE POPAYAN

CERTIFICA:

ESTA FOTOCOPIA CORRESPONDE AL ACTA INSCRITA AL FOLIO DEL REGISTRO CIVIL QUE SE LLEVA EN ESTA NOTARIA

POPAYAN, 10 JUL. 2007

Se expide para la Cédula Militar.

REPUBLICA DE COLOMBIA
Notaría 1a. del Circuito
Notario Encargado
POPAYAN - CAUCA

Notario (a) Primero (a) Encargado (a)

Escaneado con CamScanner