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 MAGDALENA
CENTRO ACUICOLA Y AGROINDUSTRIAL GAIRA MAGDALENA F.P.
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	**47**
Código Centro	**911810**
Fecha Elaboración	**Noviembre de 2022**
Versión	**MAYO 2022 - 2,22**
ID de Proceso	**47602-880202**
No. de documento	**598726**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	RICARDO ALBERTO MENDOZA SOLANO	**C.C.**	12.563.366	**IP/Nº de contacto**	52957
Correo electrónico contratista:	ramendozas@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:	BANCOLOMBIA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		52604908302	
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:	3396002/2022			**Nº Compromiso SIIF**	**27622**	
Valor Total del Contrato	$ 33.978.750	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**			**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 666.250	**10**	**Del**	**01/11/2022**	**Al** **05/11/2022**	**$ 666.250,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 0		Legalización comisiones del periodo		$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR PARA EL DESARROLL

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 666.250		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	**$ 666.250**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 235.969**		**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	----------	**9442056603**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.000.000	$ 1.599.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 125.000	$ 199.900
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 160.000	$ 255.900
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL IV	$ -	$ 0
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	$ 66.625	
Salud hasta $ 608.064	$ -	
Renta Exenta 25% $ 9.120.960	$ 78.656	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	235.969,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	381.250,00	
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	2.669,00	0,700%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Pro-Hospital	13.325,00	2,000%
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	**$ 650.256,00**	

SON: SEISCIENTOS CINCUENTA MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y SEIS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Entrega de las carpetas correspondientes para la certificación de Articulación con la media
Entrega de informe mensual contractual
Entrega de informe final contractual
Entrega del Paz y Salvo

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.

RICARDO ALBERTO MENDOZA SOLANO
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,

BICHARA JOSE ZABLEH HASBUN
INSTRUCTOR

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

JULIO RAFAEL DE JESUS DEL CASTILLO LOZANO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

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 12563366		MENDOZA SOLANO RICARDO ALBERTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 12 14-22	SANTA MARTA-MAGDALENA	4229043	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	37718674	9442056603	I	2022/11/17	2022/11/09	BANCO DE OCCIDENTE	0	$455,800

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)					$1,599,000	$255,900			$1,599,000	$199,900			$0	$0			$0	$0		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,599,000	$255,900			$1,599,000	$199,900			$0	$0			$0	$0		$0	$0
Ciudad: SANTA MARTA Depto: MAGDALENA (1 Afiliados)					$1,599,000	$255,900			$1,599,000	$199,900			$0	$0			$0	$0		$0	$0
1	CC	12563366	MENDOZA RICARDO	230201	30	$1,599,000	$255,900	EPS037	30	$1,599,000	$199,900		0	$0	$0		0	$0	$0	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,599,000	$255,900			$1,599,000	$199,900			$0	$0			$0	$0		$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 12563366		MENDOZA SOLANO RICARDO ALBERTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 12 14-22	SANTA MARTA-MAGDALENA	4229043	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	37718674	9442056603	I	2022/11/17	2022/11/09	BANCO DE OCCIDENTE	0	$455,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$255,900	$0	$0	$255,900
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$255,900	$0	$0	$255,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$199,900	$0	$0	$199,900
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$199,900	$0	$0	$199,900
TOTAL				1	$455,800	$0	$0	$455,800

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14768772009

(415)7707212489984(8020) 000001476877200 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 2 5 6 3 3 6 6	1	Impuestos y Aduanas de Santa Marta 1 9	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 2 5 6 3 3 6 6	1 9 8 3 0 9 0 8

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Magdalena 4 7	Santa Marta 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MENDOZA	SOLANO	RICARDO	ALBERTO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Magdalena 4 7	Santa Marta 0 0 1

41. Dirección principal: CL 12 14 22 BRR GAIRA

42. Correo electrónico: ramsrcj@yahoo.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
0 5	4 2 2 8 9 1 8	3 1 2 6 4 5 1 7 8 8

CLASIFICACIÓN

Actividad económica					Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1 2	51. Código	52. Número establecimientos
8 5 5 1	2 0 2 1 0 6 3 0				2 1 4 9	0

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	4	9																								

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
54. Código																				

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2021 - 06 - 30 / 11 : 07: 06

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre MENDOZA SOLANO RICARDO ALBERTO
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

	Versión: 04
	Código: GTH- F- 074

Proceso Gestión del Talento Humano

Formato entrega de bienes e información de ejecución contractual por el contratista

NOMBRE	**RICARDO ALBERTO MENDOZA SOLANO**					**IDENTIFICACIÓN**
CIUDAD	SANTA MARTA	**FECHA**	**04/11/2022**	**REGIONAL**	**MAGDALENA**	**12.563.366**
DIRECCIÓN U OFICINA DONDE SE EJECUTÓ EL CONTRATO:	**CENTRO ACUICOLA Y AGROINDUSTRIAL DE GAIRA**					
NÚMERO Y FECHA DE CONTRATO:	**CO1.PCCNTR. 3398746 DE 2022**					

CAUSAL DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO

LIQUIDACIÓN POR MUTUO ACUERDO	**X**	**CESIÓN**		**LIQUIDACIÓN ANTICIPADA POR MUTUO ACUERDO**		**TERMINACIÓN UNILATERAL**	

DEPENDENCIA SENA	**Marcar con x**	**RESPONSABLES**	
		NOMBRES Y APELLIDOS	**FIRMA**
GESTIÓN DE TIC		**EDILBERTO MEZA JIMENEZ**	
ADMINISTRACIÓN DE DOCUMENTOS		**CESAR BENAVIDEZ MOLINARES**	
ENTREGA CARNÉ (A Supervisor del Contrato en las Regionales y Centros de Formación) SECRETARÍA GENERAL		**BICHARA JOSE ZABLEH HASBUN**	
ALMACÉN E INVENTARIOS			
SERVICIOS GENERALES, ADQUISICIONES (Administración de edificio; Contratación)		**YURI MORA**	
CONTABILIDAD		**HUGO BRITO**	
TESORERIA		**BLADIMIR CONTRERAS**	
COORDINACIÓN DE: ÁREA/GRUPO/ ACADEMICA		**BICHARA JOSE ZABLEH HASBUN**	
BIBLIOTECA		**JUAN CAMILO ROJAS**	
OTRO			
OTRO			
SUPERVISOR DE CONTRATO		**BICHARA JOSE ZABLEH HASBUN**	

ELEMENTOS FALTANTES U OBLIGACIONES PENDIENTES (Relacionar con su respectivo valor)

OTROS : _____

Firma del Contratista

Proceso Gestió
Formato entrega de bienes e informaci

INSTRUCCIONES F

1) El objetivo de este formato es que lo contratistas realicen entrega de bienes e información en el marc
2) Lo diligencian y trámitan los contratistas en cada una de las areas correspondientes.
3) Se le entrega al supervisor del contrato.

2. Instr

NOMBRE DE LA CASILLA	
Nombres y Apellidos del contratistas	Registrar nombre comple
Ciudad	Hace referencia a la ciud
Fecha	Fecha de terminaciòn de
Regional	Regional donde se ejecu
Identificación	No. de identificiación
Dirección u oficina	Donde se ejecutó el cont
Número y fecha de contrato	Número del contrato cons
Causal de terminación del contrato	Seleccionar alguna de las Liquidación Anticipada po
Dependencia SENA	Dependencia que entrega
Responsables	Nombres, apellidos y firm
Elementos faltantes u obligaciones pendientes	Relacionar con su respec
Firma del contratista	Firma del contratista quie

n del Talento Humano
ón de ejecución contractual por el contratista

PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO

NO IMPRIMIR

1. Generalidades

o de la ejecución contractual .

ucciones para diligenciar las casillas
INSTRUCCIONES
eto del contratista
ad donde se ejecutó el contrato.
l contrato
tó el contrato
rato:
sultarlo en SECOP
s opciones: Liquidación por mutuo acuerdo, Cesión, or mutuo acuerdo, Terminacion unilateral
a el visto bueno frente a la entrega de bienes o infomación
na del responsable del área que entrega el visto bueno
ctivo valor
en entrega los bienes o información realacionada con la ejecución del contrato en r

Versión: 04

Código:
GTH- F- 074

TENER EN CUENTA

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Santa Marta, marzo de 2021

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 empleado contribuyente y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el parágrafo cuarto del artículo segundo del Decreto 0099 de 2013, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

T.I.	**1084055301**	**MARIA SOFIA MENDOZA EBRAT**	**HIJO**

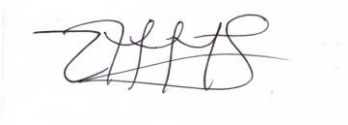
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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.

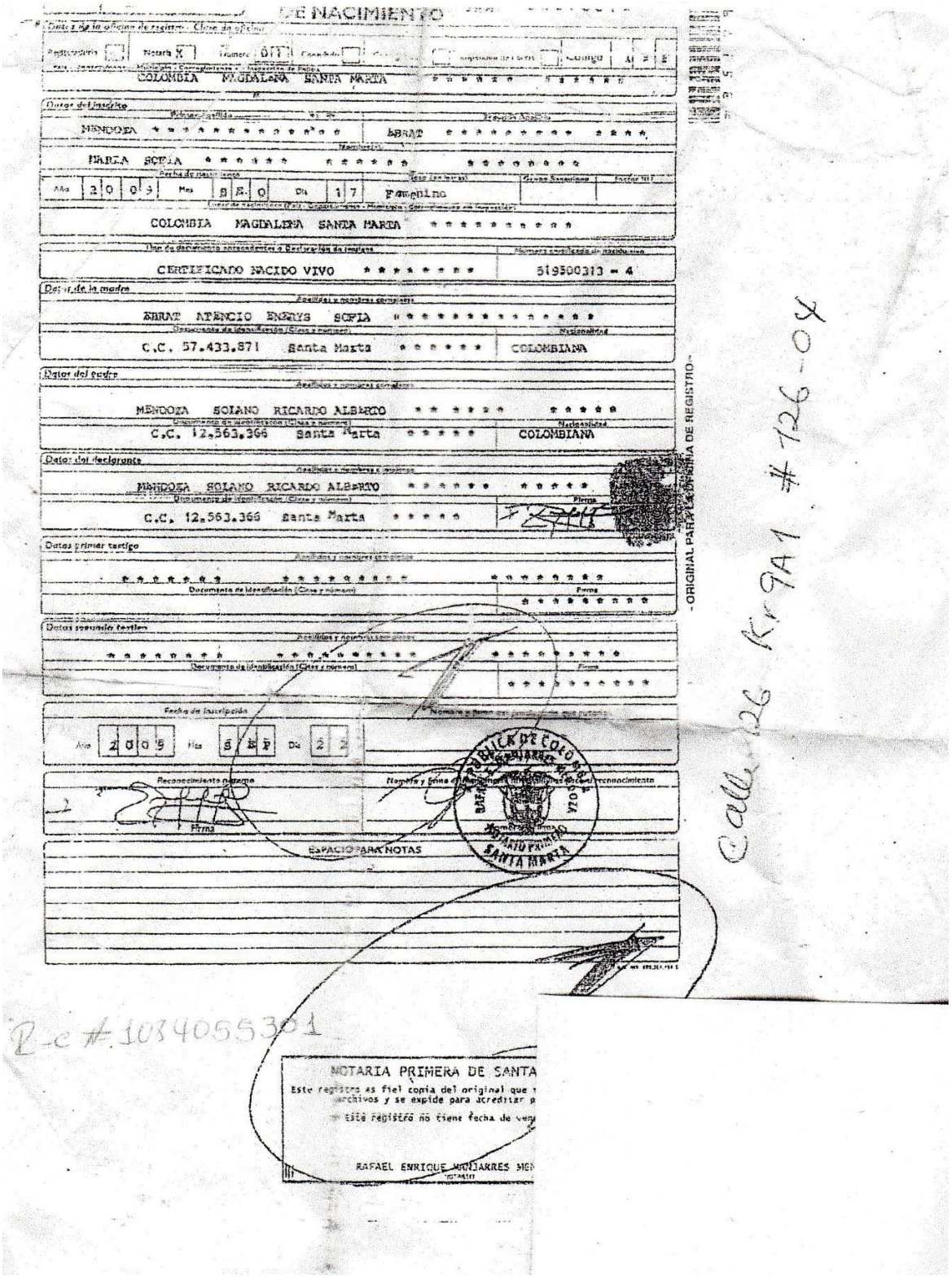
Cordialmente,



_____
FIRMA

Nombre: RICARDO ALBERTO MENDOZA SOLANO_

C.C. 12563366



DE NACIMIENTO

Oficina de registro: Clase de oficina: Notaría X Número: 011

COLOMBIA MAGDALENA SANTA MARTA

Datos del inscrito

Primer apellido: MENDOZA Segundo apellido: ABRAT

Nombre(s): MARIA SOFIA

Fecha de nacimiento: Año 2003 Mes SET Día 17 Hora de nacimiento: Sexo: Femenino Gemelo/a: Número de hijo(a):

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección): COLOMBIA MAGDALENA SANTA MARTA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo: 519500313 - 4

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: ABRAT ARANCIO ENERYS SOFIA

Documento de identificación (Clase y número): C.C. 57.433.871 Santa Marta

Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: MENDOZA SOLANO RICARDO ALBERTO

Documento de identificación (Clase y número): C.C. 12.563.366 Santa Marta

Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: MENDOZA SOLANO RICARDO ALBERTO

Documento de identificación (Clase y número): C.C. 12.563.366 Santa Marta

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 2005 Mes SEP Día 22

Reconocimiento paterno

Firma

Huella y firma del reconocedor (Solo para el caso del reconocimiento)

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Calle 26 Kr 9A1 # 126-04

R-c #1034055301

NOTARIA PRIMERA DE SANTA

Este registro es fiel copia del original que
archivos y se expide para acreditar

Este registro no tiene fecha de

RAFAEL ENRIQUE MANJARRES

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