

 <p>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</p>	DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES)		Código Regional	68
	REGIONAL SANTANDER		Código Centro	954110
	CENTRO AGROTURISTICO - SANTANDER - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION.		Fecha Elaboración	17 Diciembre de 2022
	Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Versión	MAYO 2022 - 2,22
	Resolución DIAN N° 18764024257695 autoriza desde 360,001 hasta 750,000 (Enero 18 de 2022)		ID de Proceso	95434-275093
			No. de documento	646659

DATOS DEL CONTRATISTA			
Nombres y apellidos contratista:	GERMAN DARIO GOMEZ AMAYA	C.C.	91.078.683
Correo electrónico contratista:	gecomeza@sena.edu.co	IP/N° de contacto	3173835437
Régimen del IVA:	☐ NO RESPONSABLE	Pertenece al régimen simple de tributación?	☐ NO
		Es declarante de renta?	☐ SI
		Es Pensionado?	☐ NO
Sus ingresos en el 2021 fueron iguales o superiores	☐ SI	Inducción SST	☐ SI
		Presta Servicios Excluidos de IVA ?	☐ NO
Banco al cual consignar:	BANCO BBVA	Tipo de cta	AHORROS
		N° Cuenta	336089404
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			
N° del contrato:	3518101/2022	N° Compromiso SIIF	25222
Valor Total del Contrato	\$ 32.621.100	N° Pago	11
Saldo Anterior del Contrato	\$ 1.854.252	Periodo objeto de pago	Del 01/12/2022 Al 17/12/2022
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 0	Legalización comisiones del periodo	\$ 0,00
OBJETO CONTRACTUAL:		Prestar los servicios personales de carácter temporal como instructor, para orientar la formación profesional programada por el centro de formación en la red de conocimiento pecuaria en el área temática producción ganadera y de especies menores	
(Descripción del servicio prestado)			

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Ingresos por honorarios	\$ 1.854.252	Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°	0,00%
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 3.159.096	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 5.013.348	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 2.910.760	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR			
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	Diciembre	Noviembre	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.000.000	\$ 1.263.638	Valor Base retención en la fuente
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 125.000	\$ 158.000	Valor Base retención en la fuente ICA
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 160.000	\$ 202.200	Valor base IVA
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)
ARL II	\$ 10.500	\$ 13.200	Menos Retención en la Fuente
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -	-	Menos Retención IVA
Aportes voluntarios a cuentas AFC	\$ -	-	Reteica - 8299
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.522.064	\$ -	-	Reteica - 8299
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.800.400	\$ -	-	Otras Retenciones
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 194.200	-	Otras Retenciones
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 151.800	-	Otras Retenciones
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 12.800	-	Sobretasa Bomberil
Dependientes hasta \$ 1.216.128	\$ 501.335	-	Descuentos de Libranza
Salud hasta \$ 608.064	\$ -	-	Descuentos de embargo (Si tiene)
Renta Exenta 25% \$ 9.120.960	\$ 970.253	-	VALOR A PAGAR
Retención en la Fuente Contingente \$ -	\$ -	-	\$ 927.126,00

SON: NOVECIENTOS VEINTISIETE MIL CIENTO VEINTISEIS PESOS M/CTE ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO *Ficha:2528183*Programa: Tn en Producción Agropecuaria.*Actividad de Aprendizaje: * Implementar protocolo de manejo sanitario para un sistema productivo pecuario.*Fechas Inicio: 01 de Diciembre *Fechas fin: 15 de Diciembre *Horas total mensual de la ficha: 16 *Ficha:2685731*Programa: Implementación de las Buenas Practicas en la producción Pecuaria*Actividad de Aprendizaje: Controlar los procesos de buenas prácticas pecuarias en la empresa según protocolo establecido.*Fechas Inicio: 5 de Diciembre *Fechas fin: 06 de Diciembre *Horas total mensual de la ficha: 12*Ficha: 2685582 *Programa: Implementación de las Buenas Practicas en la producción Pecuaria*Actividad de Aprendizaje: Controlar los procesos de buenas prácticas pecuarias en la empresa según protocolo establecido. *Fechas Inicio: 10 de Diciembre *Fechas fin: 10 de Diciembre *Horas total mensual de la ficha: 8 *Ficha: 2504440 *Programa: To Gest ion de Empresas Pecuarias. *Actividad de Aprendizaje: * Desarrollar plan sanitario de la unidad pecuaria teniendo en cuenta parámetro técnicos,éticos y normativa*Fechas Inicio:12 de Diciembre*Fechas fin:14 de Diciembre*Horas total mensual de la ficha:18 TOTAL: 54	
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.	GERMAN DARIO GOMEZ AMAYA EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO	
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí 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, JOHON FREDY SANABRIA MUNOZ 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	

OSCAR JULIAN GELVEZ LOZANO SUBDIRECTOR DE CENTRO G02	
---	--

DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	91078683	NÚMERO PLANILLA:	7863052043	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:		GERMAN DARIO GOMEZ AMAYA		PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	noviembre AÑO	2022
CIUDAD/MUNICIPIO:	SAN GIL	DEPARTAMENTO:	SANTANDER	DÍAS DE MORA:		0	
DIRECCIÓN:	PARCELA 16 SECTOR EL RAZON, PINCHOTE	TELÉFONO:	7240000	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2022/12/13	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1808522095
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE				
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Cría de ovejas y cabras.				
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO						
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO				

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
230301	230301-PORVENIR	1	\$ 202.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 202.400	\$ 0	\$ 202.400
SUBTOTALES:										\$ 202.400	\$ 0	\$ 202.400

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
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 158.200		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 158.200	\$ 0	\$ 0
SUBTOTALES:													\$ 158.200	\$ 0	\$ 0	\$ 158.200

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	\$ 13.300	\$ 13.300	\$ 0	\$ 0	\$ 13.300
SUBTOTALES:									\$ 13.300	\$ 0	\$ 0	\$ 13.300

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																							
DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES										SEGURIDAD SOCIAL										PARAFISCALES																									
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	A/P	VCT	IRP	PENSIÓN				SEGURIDAD SOCIAL				SALUD				ARP				IBC	CCF					SENA	ICBF	ESAP	MINEDU			
																											ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE		ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE					DÍAS COT	IBC	TOTAL APORTE
1	CC 91078683	GOMEZ AMAYA GERMAN DARIO	INDEPENDIENTE VOLUNTARIO AL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES		\$ 1.265.000			NO																			230301-PORVENIR	30	\$ 1.265.000	\$ 202.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 202.400	CIACA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	\$ 1.265.000	\$ 158.200	\$ 0	\$ 158.200	14-23-POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS S.A.	30	\$ 1.265.000	\$ 91078683	\$ 13.300	\$ 0		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL	\$ 373.900
--------------	-------------------

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

San Gil, 17 de diciembre de 2022

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIAJE (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.	1097788552	ALEJANDRO GOMEZ PADILLA	HIJO
NUIP- NIP	1100977671	JACOBO GOMEZ ALVAREZ	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: GERMÁN DARÍO GÓMEZ AMAYA

C.C. 91.078.683 DE SAN GIL



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL



NUIP 1.100.977.671

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

60146296

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒ Notaría ☐ Número ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código R 4 H

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

REGISTRADURIA DE SAN GIL - COLOMBIA - SANTANDER - SAN GIL

Datos del inscrito

Primer Apellido Segundo Apellido

GOMEZ ALVAREZ

Nombre(s)

JACOBO

Fecha de nacimiento

Año 2020 Mes MAR Día 08 SEXO (en letras) MASCULINO Grupo sanguíneo O Factor RH POSITIVO

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

COLOMBIA SANTANDER SOCORRO

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

Número certificado de nacido vivo

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO

15907501-1

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

ALVAREZ MARTINEZ NUBIA

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CC 63.554.617

COLOMBIA

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

GOMEZ AMAYA GERMAN DARIO

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CC 91.078.683

COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

GOMEZ AMAYA GERMAN DARIO

Documento de identificación (Clase y número)

CC 91.078.683

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

Nombre y firma del funcionario que autoriza

Año 2020 Mes MAR Día 13

OSCAR MAURICIO BAUTISTA LASPRILLA

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Firma

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

13.MAR.2020 - LIBRO DE VARIOS - 042 FOLIO 0165

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

NUIP 1097788552

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial 50586111

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina						
Registraduría ☐	Notaría ☒	Número 09	Consulado ☐	Corregimiento ☐	Inspección de Policía ☐	Código Q 7 E
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía						
COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA						

Datos del inscrito						
Primer Apellido			Segundo Apellido			
GOMEZ *****			PADILLA *****			
Nombre(s)						
ALEJANDRO *****						
Fecha de nacimiento						
Año 2011	Mes DIC	Día 24	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Paciente	
			Masculino	O		
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)						
COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA						

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	10986374-2

Datos de la madre	
Apellidos y nombres completos	
PADILLA CASTRO SANDRA MILENA	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 22.521.988	COLOMBIANA

Datos del padre	
Apellidos y nombres completos	
GOMEZ AMAYA GERMAN DARIO	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 91.078.683	COLOMBIANO

Datos del declarante	
Apellidos y nombres completos	
GOMEZ AMAYA GERMAN DARIO	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 91.078.683	

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	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2012 Mes ENE Día 20	GERMAN TELLEZ GOMEZ
	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 -

NOTARIA NOVENA DE BUCARAMANGA
Arts. 115 Dcto. Ley 1286/78 y 1º Dcto. 278/72:
Es fiel fotocopia tomada de su original inscrito

Serial No. 50586111 Año 2012
A efectos de Paul Cesar Gómez Amaya.
C.C. 13.717.877 de B/manga
VALIDO PARA Legales.
Bucaramanga. 126 SEP 2013
EL NOTARIO NOVENO




SANDY JOHANA RAYONA GÓMEZ
NOTARIA NOVENA (C) DEL CÍRCULO DE
Bucaramanga