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
Resoluciòn DIAN Nº 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)

Código Regional	**19**
Código Centro	**930710**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2021**
Versión	**ENERO 2021 - 1,21**
ID de Proceso	**56080-406311**
No. de documento	**22833**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	JEISON JAVIER SOLARTE ROJAS	**C.C.**	1.061.746.744	**IP/Nº de contacto**	3126083338
Correo electrónico contratista:	jjsolarte@sena.edu.co				

Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Pertenece al régimen simple de tributación?**	NO	**Es declarante de renta?**	SI	**Es Pensionado?**	NO
Sus ingresos en el 2020 Superaron $49'849.000	SI	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**		NO	
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		86821155969	
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 2021 supera los $ 119´806.000**		NO			

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato:	2154269/2021			**Nº Compromiso SIIF**		**4921**	
Valor Total del Contrato	$ 35.870.800	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 35.313.800	**2**	**Del**	**01/02/2021**	**Al**	**28/02/2021**	**$ 3.342.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 31.971.800		Comisiones			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

Prestar los servicios personales de carácter temporal, para orientar formación profesional integral de manera presencial o virtual, en el programa de titulada presencial, conforme a las necesidades del centro de comercio y servicios - SENA Regional Cauca. Para el área de: Análisis, diseño y desarrollo de SOFTWARE.

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.342.000	Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°		0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo		$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 557.000			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 3.899.000**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.151.825**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**		**$ 0**

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR

	Febrero	Enero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**9416451803**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.336.800	$ 908.526
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 167.100	$ 113.600
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 213.900	$ 145.400
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 7.000	$ 4.800
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 $ 3.630.800	$ -	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 145.400	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 113.600	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 9.500	
Dependientes hasta $ 1.161.856	$ 389.900	
Salud hasta $ 580.928	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 717.275	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.151.825,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	2.961.000,00	
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 - 300	5.922,00	0,200%
-	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	**$ 3.336.078,00**	

SON: TRES MILLONES TRESCIENTOS TREINTA Y SEIS MIL SETENTA Y OCHO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Publicación y ejecución de actividades según el aplicativo de SofiaPlus. Total Horas 166
Orientar procesos de formación en la ficha 1966722, CONSTRUIR EL SISTEMA QUE CUMPLA CON LOS REQUERIMIENTOS. 36 Horas
Orientar procesos de formación en la ficha 1974963, CONSTRUIR EL SISTEMA QUE CUMPLA CON LOS REQUERIMIENTOS. 36 Horas
Orientar procesos de formación en la ficha 2143090, ANALIZAR LOS REQUISITOS DEL CLIENTE. 18 Horas.
Orientar procesos de formación en la ficha 2027399, DISEÑAR EL SISTEMA QUE CUMPLA CON LOS REQUISITOS. 36 Horas
Orientar procesos de formación en la ficha 2238167, INDUCCIÓN AL PROCESO DE FORMACIÓN. 40 Horas
Registrar las emisiones de los juicios evaluativos relacionados con los logros de los resultados de aprendizaje
Descargar del aplicativo sofia plus las horas reportadas mensualmente.
Garantizar el pago oportuno del pago de la seguridad social de cada mes para que éste se vea reflejado en el FOSYGA

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.

JEISON JAVIER SOLARTE ROJAS
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,

HAROL ARMANDO ROSERO SALAZAR
COORDINADOR ACADÉMICO

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

FERNANDO ALFONSO ESCOBAR QUIRA
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

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 1061746744		SOLARTE ROJAS JEISON JAVIER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 15 NO 55 N -92 INT 119	POPAYAN-CAUCA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-01	2021-01	901352294	9416451803	I	2021/02/10	2021/02/23	BANCOLOMBIA	14	$268,500

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	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	1061746744	SOLARTE JEISON									X									230301	30	$908,526	$145,400	EPS005	30	$908,526	$113,600		0	$0	$0	14-23	30	$908,526	$9,500	0	$0	$0	No	$268,500
Total	**Afiliados(1)**																						$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$0	$0			$908,526	$9,500		$0	$0		$268,500

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 1061746744		SOLARTE ROJAS JEISON JAVIER	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 15 NO 55 N -92 INT 119	POPAYAN-CAUCA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-01	2021-01	901352294	9416451803	I	2021/02/10	2021/02/23	BANCOLOMBIA	14	$268,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$145,400	$0	$0	$145,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$145,400	$0	$0	$145,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,500	$0	$0	$9,500
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$9,500	$0	$0	$9,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$113,600	$0	$0	$113,600
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$113,600	$0	$0	$113,600
TOTAL				**1**	**$268,500**	**$0**	**$0**	**$268,500**



¡Hola, Jeison Javier Solarte Rojas

Gracias por utilizar los servicios de BANCOLOMBIA y PSE.
los siguientes son los datos de tu transacción:

Estado de la Transacción: Aprobada
CUS: 901352294
Empresa: APORTES EN LINEA
Descripción: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9416451803
Valor de la Transacción: $ 268.500
Fecha de Transacción: 22/02/2021

Ten en cuenta estos tips de seguridad

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Popayán, febrero 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.	**1.166.464.282**	**MARIA ISABEL SOLARTE YAÑEZ**	**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: JEISON JAVIER SOLARTE ROJAS

C.C. 1.061.746.744



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO 1.166.464.282
SOLARTE YAÑEZ

APELLIDOS
MARIA ISABEL

NOMBRES

Maria Isabel

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 24-JUL-2012
POPAYAN
(CAUCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
24-JUL-2030
FECHA DE VENCIMIENTO
A+
G S RH
F
SEXO
22-AGO-2019 POPAYAN
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1100100-01105218-F-1166464282-20191023 0068433460A 1 7755621807