

 <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	17
	REGIONAL CALDAS		Código Centro	930610
	CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS-CALDAS - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION		Fecha Elaboración	Marzo de 2021
	Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Versión	ENERO 2021 - 1,21
	Resolución DIAN N° 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)		ID de Proceso	24529-841921
			No. de documento	53384

DATOS DEL CONTRATISTA			
Nombres y apellidos contratista:	JUAN CARLOS SUÁREZ BUITRAGO	C.C.	79.505.872
Correo electrónico contratista:	jotasuarez@misena.edu.co	IP/N° de contacto	3177664497
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	☐ NO	Inducción SST	☐ SI
		Presta Servicios Excluidos de IVA ?	☐ SI
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA	Tipo de cta	AHORROS
		N° Cuenta	71641549808
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			
N° del contrato:	2263927/2021	N° Compromiso SIIF	5921
Valor Total del Contrato	\$ 36.920.000	N ° Pago	2
Saldo Anterior del Contrato	\$ 35.100.000	Periodo objeto de pago	Del 01/03/2021 Al 31/03/2021
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 31.200.000	Comisiones	\$ 0,00
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado) INSTRUCTOR: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL, COMO INSTRUCTOR, POR PERÍODO FIJO, PARA LA EJECUCIÓN DE ACCIONES DE FORMACIÓN PROFESIONAL PRESENCIALES Y/O VIRTUALES EN EL ÁREA DE PANADERIA			

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Ingresos por honorarios	\$ 3.900.000	Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 3.900.000	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 2.299.050	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	Marzo	Febrero	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.560.000	\$ 908.526	Valor Base retención en la fuente 2.299.050,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 195.000	\$ 113.600	Valor Base retención en la fuente ICA 3.455.400,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 249.600	\$ 145.400	Valor base IVA 0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00
ARL	\$ 8.200	\$ 4.800	Menos Retención en la Fuente 0,00
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -		Menos Retencion IVA 0,00
Aportes voluntarios a cuentas AFC	\$ -		Reteica - 8299 12.785,00
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.522.064	\$ -		
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.630.800	\$ -		Otras Retenciones 0,00
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones 0,00
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones 0,00
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones 0,00
Dependientes hasta \$ 1.161.856	\$ 390.000		Descuentos de Libranza 0,00
Salud hasta \$ 580.928	\$ -		Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00
Renta Exenta 25% \$ 8.713.920	\$ 766.350		VALOR A PAGAR \$ 3.887.215,00
Retención en la Fuente Contingente \$ -	\$ -		

SON: TRES MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS QUINCE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO	
AUXILIAR DE COCINA ID 2203534 AUXILIAR DE COCINA ID 2203535 PANADERIA ID 22754805 tecnico en cocina Id 2069583	

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.	JUAN CARLOS SUÁREZ BUITRAGO 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, JOSÉ LUIS CASTAÑO MUÑOZ INSTRUCTOR G19

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

FRANCY ALBERTO VALLEJO BERRIO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

**DETALLE PLANILLA
OPERADOR DE INFORMACIÓN**

Razón social: JUAN CARLOS SUAREZ BUTRAGO Identificación: CC-79505872 Código dependencia o sucursal: 0 Nombre dependencia o sucursal: 0 Fecha de generación del reporte: 2021-04-04 Fecha límite de pago: 2021-03-16 Fecha de pago: 2021-03-17 Pagada por: Banco Occidente Período pensión: 2021-02 Período salud: 2021-02 Referencia de pago (PIN): 8661114445 Tipo de planilla: 1 Clase de planilla: Normal Número de la planilla: 8612252515	Pagada
---	---------------

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO DE AFILIADOS	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR	SELECCIONAR TODOS / SELECCIONAR NINGUNO
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones COLPENSIONES	1	\$0	\$0	\$0	\$145.400	\$145.400	☐
EPS005	800251440	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.	1	\$0	\$0	\$0	\$113.600	\$113.600	☐
14-23	860011153	ARL - POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	1	\$0	\$0	\$0	\$4.800	\$4.800	☐
CCF11	890806490	Caja de Compensación familiar de Caldas CONFAMILIARES	1	\$0	\$0	\$0	\$18.200	\$18.200	☐
GRAN TOTAL				\$0	\$0	\$0	\$282.000	\$282.000	

[Imprimir](#)
[Descargar Resumen](#)



PAGO DE FACTURAS

PILA-BP

NUM. APROBACION: 63213910

NUM. REFERENCIA: 8000008651114445

NUM. IDENTIFICACION: 79505872

PERIODO: 2021-02

FECHA EFECTIVA: 2021-03-17

VALOR: \$ 282,000

FECHA EXPE: MIE 17 MAR 21 11:28:16

076-02837363-061

782278-681627-944615-595260-44

CONSERVE ESTE TIQUETE ES EL

UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO EN

CASO DE RECLAMO LLAMAR A:

A SU OPERADOR:

AGT 23766 CLR 75081419

05110277-948082

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 31 de marzo de 2021

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.	1056126466	SANTIAGO SUAREZ ORTIZ	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: JUAN CARLOS SUAREZ BUITRAGO

C.C.79505872



REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

NUIP 1.056.126.466

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo 43870688
Serial

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina
Registrador ☐ Notario ☒ Número 20 Consultado ☐ Corrección ☐ Inspección de Policía ☐ Código E 6 T
Pala - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección de Policía
NOTARIA 5 MANIZALES - COLOMBIA - CALDAS - MANIZALES

Datos del inscrito
Primer Apellido SUAREZ
Segundo Apellido ORTIZ
Nombre(s) SANTIAGO
Fecha de nacimiento Año 2011 Mes ENE Día 05 Sexo (en letras) MASCULINO Grupo sanguíneo A Factor RH NEGATIVO
Lugar de nacimiento (Pala - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección)
COLOMBIA CALDAS MANIZALES

Tipo de documento antecedente - Declaración de ☐ MUERTO
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO
Número certificado de nacido vivo 10276921-9

Datos de la madre
Apellidos y nombre completos ORTIZ CARDONA ALBA LUCIA
Documento de identificación (Clase y número) CC 30.536.503
Nacionalidad COLOMBIA

Datos del padre
Apellidos y nombre completos SUAREZ BUITRAGO JUAN CARLOS
Documento de identificación (Clase y número) CC 79.505.872
Nacionalidad COLOMBIA

Datos del declarante
SUAREZ BUITRAGO JUAN CARLOS
Documento de identificación (Clase y número) CC 79.505.872
Firma

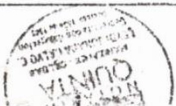
Datos Primer testigo
Apellidos y nombre completos
Documento de identificación (Clase y número)

Datos segundo testigo
Apellidos y nombre completos
Documento de identificación (Clase y número)

Fecha de inscripción Año 2011 Mes ENE Día 15
Firma y nombre del funcionario que autoriza JATTO VILLEGAS ARANGO - NOTARIO

Reconocimiento paterno
Firma
Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS



43870688

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -