

 <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	922510
	CENTRO INDUSTRIAL DEL DISEÑO Y LA MANUFACTURA-SANTANDER		Fecha Elaboración	31 de Mayo 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	28235-419305
No. de documento 88019				

DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista:		RICARDO ALFONSO GONZALEZ VARGAS		C.C.
Correo electrónico contratista:		ragonzalez@sena.edu.co		1.094.936.140
Régimen del IVA:		NO RESPONSABLE		IP/N° de contacto
Pertenece al régimen simple de tributación?		NO		3128422515
Es declarante de renta?		NO		
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		75694302378		
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:	2218656/2021	N° Compromiso SIIF	14621	
Valor Total del Contrato	\$ 41.509.000	N° Pago	4	
Saldo Anterior del Contrato	\$ 30.652.800	Periodo objeto de pago	Del 01/05/2021 Al 31/05/2021	
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 26.821.200	Comisiones	\$ 0,00	
OBJETO CONTRACTUAL:		SERVICIOS PERSONALES: SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN DE CARÁCTER TEMPORAL COMO DESARROLLADOR FRONT END EN LA CONSTRUCCIÓN DE LOS RECURSOS EDUCATIVOS DIGITALES DE PROGRAMAS EN LAS DIFERENTES MODALIDADES PL 10M Y 25D V/M \$3.831.600		
(Descripción del servicio prestado)				

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios	\$ 3.831.600	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	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0	
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 3.831.600	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 2.258.655			

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
	Mayo	Abril		
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	-----	9419026333		
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.532.640	\$ 1.532.640	Valor Base retención en la fuente	2.258.655,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 191.600	\$ 191.600	Valor Base retención en la fuente ICA	3.394.700,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 245.300	\$ 245.300	Valor base IVA	0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00
ARL	\$ 8.100	\$ 8.100	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	20.368,00
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.522.064	\$ -			0,00
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	\$ 383.160		Descuentos de Libranza	0,00
Salud hasta \$ 580.928	\$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00
Renta Exenta 25% \$ 8.713.920	\$ 752.885		VALOR A PAGAR	\$ 3.811.232,00
Retención en la Fuente Contingente	\$ -			

SON: TRES MILLONES OCHOCIENTOS ONCE MIL DOSCIENTOS TREINTA Y DOS PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
<p>Realice la maquetación en los programas asignados: a) Aplicación de la estrategia para la protección integral de derechos de niños niñas y adolescentes. b) MinTIC X-ROAD. Realice el desarrollo y montaje en los programas asignados: a)Aplicación de la estrategia para la protección integral de derechos de niños niñas y adolescentes. b) MinTIC X-ROAD. Desarrolle plantillas y montaje web en los programas asignados: a) Aplicación de la estrategia para la protección integral de derechos de niños niñas y adolescentes. b) MinTIC X-ROAD. Realice la vinculación de recursos digitales en la plataforma LMS del programa de formación: - Modelo de extensionismo en las fases de diagnóstico, concertación e implementación del plan de mejora empresarial en transformación digital. Se valido la información, al igual que las respectivas pruebas a recursos de los siguientes programas: a) Aplicación de la estrategia para la protección integral de derechos de niños niñas y adolescentes. b) MinTIC X-ROAD. Se generan los paquetes de entrega de los recursos en los programas asignados</p>				
<p>PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:</p> <p>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.</p>				
			<p>RICARDO ALFONSO GONZALEZ VARGAS EL CONTRATISTA</p>	
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO				
<p>En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:</p> <p>1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;</p> <p>2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;</p> <p>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.</p>			<p>Autorizo el presente pago. El Supervisor,</p>	
			<p>RAFAEL NEFTALI LIZCANO REYES INSTRUCTOR</p>	
<p>Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:</p> <p>EL ORDENADOR DEL PAGO</p>				
<p>JUAN MANUEL CASTILLO CALDERON SUBDIRECTOR DE CENTRO G02</p>				

Comprobante

de pago en línea



APORTES EN LINEA

Pago realizado por: RICARDO ALFONSO GONZALEZ VARGAS

Nro. de recibo: 9419026333

Descripción del pago: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9419026333

Identificación del contribuyente: 186.144.201.111

Concepto: CC

Razón Social: 1094936140

Fecha y hora de la transacción: Martes 4 de Mayo de 2021 09:32:58 AM

Nro. de comprobante: 0000003258

Valor pagado: \$ 445,000.00

Cuenta: *****2378

BANCOLOMBIA S.A. Entidad financiera Bancaria

Superintendencia Financiera de Colombia

VIGILADO

Bancolombia S.A.

Comuníquese con nuestra Sucursal Telefónica Bancolombia: Bogotá 343 0000 - Medellín 510 9000 - Cali 554 0505 - Barranquilla 361 8888 - Cartagena 693 4400 - Bucaramanga 697 2525 - Pereira 340 1213 - El resto del país 01 800 09 12345 - Sucursales Telefónicas en el exterior: España 900 995 717 - Estados Unidos 1866 379 9714, en caso de recibir una alerta o notificación de una transacción que presenta alguna irregularidad.

Bancolombia nunca le solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospchoso@bancolombia.com

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1094936140		GONZALEZ VARGAS RICARDO ALFONSO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	LA PAVONA MZ O # 9	ARMENIA-QUINDIO	7328988	Si
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2021-04	2021-04	977970263	9419026333	I	2021/05/11	2021/05/04	BANCOLOMBIA	\$445,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
1	CC	1094936140	GONZALEZ RICARDO	25-14	30	\$1,532,640	\$245,300	EPS010	30	\$1,532,640	\$191,600		0	\$0	\$0	14-23	30	\$1,532,640	\$8,100	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)						\$1,532,640	\$245,300			\$1,532,640	\$191,600			\$0	\$0			\$1,532,640	\$8,100		\$0	\$0

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$245,300	\$0	\$0	\$245,300	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$245,300	\$0	\$0	\$245,300	
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	\$191,600	\$0	\$0	\$191,600	
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	\$191,600	\$0	\$0	\$191,600	
TOTAL				1	\$445,000	\$0	\$0	\$445,000	

Floridablanca, 28 /02/2021

Señores

Grupo Administración de Salarios (Digeneral)

Grupo de Apoyo Administrativo Mixto (Regional Santander)

Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

Floridablanca

Asunto: Solicitud deducible retención en
fuente por dependientes

Estimados señores:

Con la presente solicito que de acuerdo con el Artículo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el Artículo 2º. Párrafo 3ro. del Decreto 099 del 2013, se tenga en cuenta como deducible de mis ingresos brutos provenientes de la relación laboral por el concepto de dependientes, los cuales relaciono a continuación:

Apellidos y Nombre	Documento Identidad	Calidad del Dependiente
MÁRTIN GONZÁLEZ SALAZAR	1090280794	1. Hijos menores 18 años.

Certifico bajo la gravedad de juramento la información consignada en esta solicitud y me comprometo a enviar solicitud de revocación de aplicación del deducible por dependientes en el caso en que cesen las condiciones que dan origen a esta solicitud.

Cordialmente,



Ricardo Alfonso González Salazar
1094936140.

Anexo: Relación de documentos que anexa el trabajador.

- Registro civil de nacimiento X_____
- Certificado de estudios. _____
- Certificado contador público. _____
- Certificado medicina legal. _____

GTH-F-088 V02

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

NUPI 1.090.280.794

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 53064785

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐	Notaría ☒	Número 01	Consulado ☐	Corregimiento ☐	Inspección de Policía ☐	Código N 1 Z
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía						
COLOMBIA		QUINDIO		ARMENIA		

Datos del inscrito

Primer Apellido		Segundo Apellido	
GONZALEZ *****		SALAZAR *****	
Nombre(s)			
***** MARTIN *****			
Fecha de nacimiento		Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo
Año 2017	Mes ENE	Día 04	MASCULINO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)		Factor RH	
COLOMBIA QUINDIO ARMENIA		POSITIVO	

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	No 13813576-1

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos	
SALAZAR ROJAS LUISA FERNANDA *****	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C 1.094.880.035 DE ARMENIA/QUINDIO *****	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos	
GONZALEZ VARGAS RICARDO ALFONSO *****	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C 1.094.936.140 DE ARMENIA/QUINDIO *****	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos	
SALAZAR ROJAS LUISA FERNANDA *****	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C 1.094.880.035 DE ARMENIA/QUINDIO *****	Luisa Fda. Salazar

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 2017 Mes ENE Día 20	JAVIER UCAMPO CANG NOTARIO PRIMERO
	Nombre y firma

IMPRESO POR (KAROLINEANA) FORMAS E IMPRESOS S.A. NET 0001/5 07/4 TEL. 02 218

SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO

