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 ANTIOQUIA
CENTRO TEXTIL Y DE GESTION INDUSTRIAL - ANTIOQUIA - SERVICIOS A LA FORMACION PROFESION
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	**5**
Código Centro	**920610**
Fecha Elaboración	**18 Diciembre de 2021**
Versión	**JUNIO 2021 - 3,21**
ID de Proceso	**05971-315834**
No. de documento	**296814**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	HECTOR MAURICIO SEPULVEDA MONA	**C.C.**	98.589.995	**IP/Nº de contacto**	2727354
Correo electrónico contratista:	mauriciosepulvedamona73@gmail.com				

Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Pertenece al régimen simple de tributación?**	NO	**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 ?**		NO	
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		31108409927	
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:	2224902/2021			**Nº Compromiso SIIF**		**17821**	
Valor Total del Contrato	$ 39.606.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 2.019.906	**11**	**Del**	**01/12/2021**	**Al**	**18/12/2021**	**$ 2.019.906,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 0		Legalización comisiones del periodo			$ 545.504,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR PARA ATENDER LOS PROGRAMAS DE LA RED TECNOLÓGICA DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA, FINANZAS, VENTAS Y COMERCIALIZACIÓN EN FORMACIÓN TITULADA Y COMPLEMENTARIA PRESENCIAL PARA EL CENTRO TEXT

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.019.906		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	**$ 2.019.906**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.169.186**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Diciembre	Noviembre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**52544149**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 908.526	$ 1.508.800
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 113.600	$ 188.600
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 145.400	$ 241.500
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 4.800	$ 7.900
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	$ -	
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 $ 1.161.856	$ 201.991	
Salud hasta $ 580.928	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 389.729	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	1.169.186,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	1.760.906,00	
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	0,00	0,400%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Jaime Isaza Cadavid	8.080,00	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	**$ 2.011.826,00**	

SON: DOS MILLONES ONCE MIL OCHOCIENTOS VEINTISEIS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Generar trimestralmente los reportes de juicios evaluativos de cada ficha para garantizar el correcto registro de la información.
Prestar los servicios con seriedad, responsabilidad, profesionalidad, eficiencia, oportunidad y calidad
Desarrollar las actividades de formación de acuerdo con los planes de acción previamente elaborados y con el personal.
Diseñar actividades de aprendizaje con base en técnicas didácticas activas, promoviendo el acceso a diversas fuentes de conocimiento.
Orientar el proceso de formación profesional integral de acuerdo a los diseños curriculares del programa y nivel de formación.
Crear rutas de aprendizaje según el programa y nivel de formación, asociar aprendices a la ruta de aprendizaje definida.
Reconocer, implementar y sostener las acciones que se derivan del Sistema Integral de Gestión de Calidad.
Atender oportunamente los requerimientos que haga el supervisor de contrato, frente a la ejecución de sus obligaciones contractuales
Verificar mensualmente la “Diagramación de horarios y disponibilidad” a través del rol de “instructor” en SOFIAPLUS

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.

HECTOR MAURICIO SEPULVEDA MONA
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,

MARIO AUGUSTO TABORDA OSORIO
INSTRUCTOR G09

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

OLGA LUCIA LOPERA LOPERA
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 10 de septiembre 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 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.	**1020432361**	**Jerónimo Sepulveda García**	**HIJO**

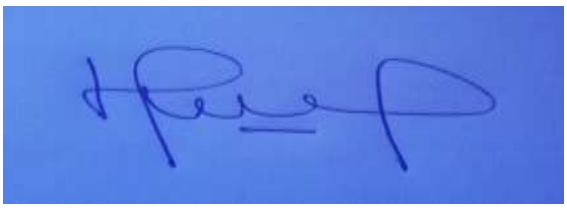
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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: Héctor Mauricio Sepulveda Moná

C.C. 98589995

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1.020.432.361

Indicativo Serial 42560995

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [X] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A 5 W

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

REGISTRAIURIA DE BELLO - COLOMBIA ANTIOQUIA - BELLO

Datos del inscrito

Primer Apellido: SEPULVEDA

Segundo Apellido: GARCIA

Nombre(s): JERONIMO

Fecha de nacimiento: Año 2008 Mes JUN Día 26

Sexo (en letras): MASCULINO

Grupo sanguíneo:

Factor RH:

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o inspección): COLOMBIA ANTIOQUIA MEDELLIN

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: PRESENTA NOTA ACLARATORIA DEL HOSI. FECHA NACIM

Número certificado de nacido vivo: 50308702-2

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: GARCIA BETANCUR LILIANA JANETH

Documento de identificación (Clase y número): CC 43.836.132

Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: SEPULVEDA MONA HECTOR MAURICIO

Documento de identificación (Clase y número): CC 98.589.995

Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: SEPULVEDA MONA HECTOR MAURICIO

Documento de identificación (Clase y número): CC 98.589.995

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 2008 Mes JUL Día 02

Nombre y firma del funcionario que autoriza

JOSE ALEJANDRO MUNOZ P. - REGISTR

Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Impreso por Digicopias S.A. NIT. 860.028.540-2 www.digicopias.com 87369

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2021-12-03, 04:41:49 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 52544149

Periodo Cotización: noviembre de 2021 **Periodo Servicio:** noviembre de 2021 **Referencia pago (PIN):** 8991498300

PAGADO 03/12/2021

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	HECTOR MAURICIO SEPULVEDA MONA		
Documento	CC98589995	**Dirección**	CL 66 #66 - 10
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	2088887
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BELLO	**Departamento**	ANTIOQUIA
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 98589995	HECTOR MAURICIO SEPULVEDA MONA	59	00																	0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.508.800	$ 241.500	(EPS010) EPS SURA	$ 1.508.800	$ 188.600	0,522	$ 1.508.800	$ 7.900	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 438.000

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.508.800	$ 1.508.800	$ 1.508.800	$ 0	$ 241.500	$ 188.600	$ 7.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 438.000	$ 0	$ 438.000

ARUS, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77. Línea Ética: 018000 517806.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.