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 VALLE
CENTRO NACIONAL DE ASISTENCIA TECNICA A LA INDUSTRIA -ASTIN-VALLE - SERVICIOS PRESTAD
Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1
Resolución DIAN Nº 18764024257695 autoriza desde 360,001 hasta 750,000 (Enero 18 de 2022)

Código Regional	**76**
Código Centro	**923010**
Fecha Elaboración	**Abril de 2022**
Versión	**ENERO 2022 - 1,22**
ID de Proceso	**52591-197956**
No. de documento	**408950**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	JULIO CESAR CASTILLO VELANDIA	**C.C.**	80.126.833	**IP/Nº de contacto**	3203971761
Correo electrónico contratista:	jccastillo@misena.edu.co				

Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Pertenece al régimen simple de tributación?**	NO	**Es declarante de renta?**	NO	**Es Pensionado?**	NO
Sus ingresos en el 2021 fueron iguales o superiores	NO	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**		SI	
Banco al cual consignar:	AV VILLAS	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**	016997954		
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

Nº del contrato:	3392237/2022		**Nº Compromiso SIIF**	**12822**	
Valor Total del Contrato	$ 39.000.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**		**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 31.200.000	**3**	**Del** 01/04/2022 **Al**	30/04/2022	**$ 3.900.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 27.300.000		Legalización comisiones del periodo	$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR - PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA PLANEAR Y ORIENTAR LOS PROCESOS DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL PROGRAMADA EL CENTRO ASTIN EN SUS DIFERENTES NIVELES Y MODALIDADES, ATENDIENDO LAS POLÍTICAS INSTITUCIONALES Y LA N

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.900.000	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	**$ 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

	Abril	Marzo
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	-------	**9432668599**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.560.000	$ 1.560.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 195.000	$ 195.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 249.600	$ 249.600
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL III	$ 38.100	$ 38.100
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 $ 3.800.400	$ -	
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 $ 1.216.128	$ 390.000	
Salud hasta $ 608.064	$ -	
Renta Exenta 25% $ 9.120.960	$ 766.350	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.299.050,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.455.400,00	
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	0,000%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Pro-UCEVA	19.500,00	0,500%
Universidad del Pacífico	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	**$ 3.880.500,00**	

SON: TRES MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA MIL QUINIENTOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Formación en el área de calidad en la ficha: 2206856-57 lunes, jueves, sábado 01/04/2022-30/04/2022 de 12:00-15:00; 15:00-18:00 ASTIN
Formación área calidad ficha:2206829- 834 días martes, viernes 01/04/2022-30/04/2022 de 12:00-15:00;15:00-18:00; ASTIN
Formación en el área de calidad ficha:2343364 días miércoles y jueves 01/04/2022-30/04/2022 12:00-15:00; 15:00-18:00 ASTIN
Formación en el área de calidad ficha:2343378 días martes y sábado 01/04/2022-31/04/2022; 12:00-15:00; 15:00-18:00 ASTIN
Formación en el área de calidad en la ficha: 2443378 lunes, miércoles, 01/04/2022-30/04/2022 de 6:00-9:00 ASTIN
Reunión Desarrollo Curricular P049-2258448-01/04/2022 al 30/04/2022 (lunes) de 9:00 a 12:00 ASTIN; Actualización de plataforma SOFIA
Revisión de evidencias y calificación de las mismas en plataforma territorium; Calificación de juicios evaluativos en la plataforma
Visitas de etapa productiva para los aprendices con contrato de aprendizaje de las fichas 2164690 y 2068923

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.

JULIO CESAR CASTILLO VELANDIA
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,

MARIANA ANDREA QUÑONES CESPEDES
PROFESIONAL G02

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

PAULO CESAR RAMIREZ QUINTERO
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 80126833		CASTILLO VELANDIA JULIO CESAR	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 41 A N 3 - 52 ESTE	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3403121	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-03	2022-03	1418781544	9432668599	I	2022/04/08	2022/04/19	BANCO AV VILLAS	11	$482,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ingret tde tae tdp tap vsp cor vst sln ige lma vac avp vct irl vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,560,000	$249,600			$1,560,000	$195,000			$0	$0			$1,560,000		$38,100		$0	$0		$482,700
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,560,000	$249,600			$1,560,000	$195,000			$0	$0			$1,560,000		$38,100		$0	$0		$482,700
Ciudad: BOGOTA Depto.: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$1,560,000	$249,600			$1,560,000	$195,000			$0	$0			$1,560,000		$38,100		$0	$0		$482,700
1	CC	80126833 CASTILLO JULIO		25-14	30	$1,560,000	$249,600	EPS005	30	$1,560,000	$195,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,560,000	2.436%	$38,100	0	$0	$0	No	$482,700
Total	**Afiliados(1)**					$1,560,000	$249,600			$1,560,000	$195,000			$0	$0			$1,560,000		$38,100		$0	$0		$482,700

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 80126833		CASTILLO VELANDIA JULIO CESAR	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 41 A N 3 - 52 ESTE	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3403121	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-03	2022-03	1418781544	9432668599	I	2022/04/08	2022/04/19	BANCO AV VILLAS	11	$482,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$249,600	$0	$0	$249,600
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$249,600	$0	$0	$249,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$38,100	$0	$0	$38,100
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$38,100	$0	$0	$38,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$195,000	$0	$0	$195,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$195,000	$0	$0	$195,000
TOTAL				**1**	**$482,700**	**$0**	**$0**	**$482,700**

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Cali, 20 de abril de 2022

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.	**1025328805**	**Alejandro Castillo Cabrera**	**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: Julio Cesar Castillo Velandia

C.C. 80.126.833

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1025328805

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 54337411

• 54337411 •

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [33] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** 9860

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

COLOMBIA- CUNDINAMARCA -BOGOTA D.C.----------

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
CASTILLO----------	CABRERA----------

Nombre(s)

ALEJANDRO----------

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2015 Mes AGO Día 10	MASCULINO-	O	POSITIVO

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

COLOMBIA- CUNDINAMARCA -BOGOTA D.C.----------

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO----------	53074935-9

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

CABRERA BOBADILLA MARLLOBIS----------

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 53.125.221 BOGOTA DC----------	COLOMBIANA----

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

CASTILLO VELANDIA JULIO CESAR----------

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 80126833 BOGOTA D C----------	COLOMBIANA----

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

CASTILLO VELANDIA JULIO CESAR----------

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
C.C. 80126833 BOGOTA D C----------	• 80126833

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
----------	REPUBLICA DE COLOMBIA 33 ★ ★ 33

Fecha de Inscripción	*Nombre y firma del funcionario que autoriza*
Año 2015 Mes SEP Día 01	DIANA BEATRIZ LOPEZ DURAN 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 -

ELABORÓ:
REVISÓ: