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 DISTRITO CAPITAL
CENTRO DE GESTION ADMINISTRATIVA-BTA D C - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION
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	**11**
Código Centro	**940410**
Fecha Elaboración	**Mayo de 2022**
Versión	**ENERO 2022 - 1,22**
ID de Proceso	**71508-963320**
No. de documento	**435285**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	NELSON LEONARDO RAMÍREZ	**C.C.**	11.317.400	**IP/Nº de contacto**	3166972922
Correo electrónico contratista:	leonino@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 ?**		NO	
Banco al cual consignar:	BANCO BBVA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		0389383704	
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:	3359635/2022			**Nº Compromiso SIIF**		**39222**	
Valor Total del Contrato	$ 39.500.100	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 27.650.070	**4**	**Del**	**01/05/2022**	**Al**	**31/05/2022**	**$ 3.950.010,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 23.700.060		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR:Prestar servicios personales de carácter temporal para orientar la Formación Profesional Integral programada por el Centro de Gestión Administrativa en su sede principal, subsede y organizaciones, para la ejecución de acciones de Formación Titulada y/o Complementaria presencial, de la red de conocimiento Gestión Administrativa y Financiera, en las áreas temáticas de Bibliotecas,

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.950.010		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	**$ 3.950.010**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.328.382**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Mayo	Abril
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**9433684414**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.580.004	$ 1.580.004
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 197.600	$ 197.600
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 252.900	$ 252.900
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 8.300	$ 8.300
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	$ 395.001	
Salud hasta $ 608.064	$ -	
Renta Exenta 25% $ 9.120.960	$ 776.127	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.328.382,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.499.510,00	
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	33.805,00	0,966%
-	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	**$ 3.916.205,00**	

SON: TRES MILLONES NOVECIENTOS DIECISEIS MIL DOSCIENTOS CINCO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Atender la formación presencial de aprendices en el área específica del respectivo programa de formación
Orientar y apoyar a los aprendices en el desarrollo de proyectos formativos y/o productivos en las respectivas etapas de formación
Garantizar la actualización de los contenidos y tecnologías, de las fases o Competencias en las cuales se desarrolla la formación de
Así mismo, de acuerdo con el área de desempeño para la cual fue seleccionado deberá orientar la formación
Aplicar durante el periodo de duración del contrato, al proceso de certificación de competencias según norma de competencias que aplic
Cumplimiento oportuno con las entregas de los distintos formatos y documentos requeridos en el proceso administrativo
Cumplimiento del manual, estándares y lineamientos vigentes para la orientación de procesos de formación a través de AVA
Participar en las actividades de SST programadas por el Centro y acoger las recomendaciones establecidas en el protocolo de Bioseguri

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.

NELSON LEONARDO RAMÍREZ
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,

CARMEN ROSA DIAZ GONZALEZ
INSTRUCTOR G20

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

WAINE ANTONY TRIANA ALBIS
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 16 de mayo 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:

NUIP - NIP	**1072109374**	**SEBASTIÁN LEONARDO RAMÍREZ MONCALEANO**	**HIJO**
NUIP - NIP	**1070830112**	**YISEL NATALIA RAMÍREZ MONCALEANO**	**HIJO**

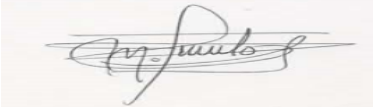
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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: NELSON LEONARDO RAMÍREZ

C.C. 11317400 de Girardot – Cund.

NO IMPRIMA ESTA HOJA ES SOLAMENTE DE CARÁCTER INFORMATIVO

REQUISITOS PARA DEDUCCIONES POR DEPENDIENTES

En el siguiente cuadro se relacionan los requisitos y documentos que se deben adjuntar para poder acceder al beneficio de disminución de retención en la fuente, por dependientes:

DEDUCCION	CONCEPTO	REQUISITOS
DEPENDIENTES	Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad.	Registro civil de nacimiento
	Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES ' o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.	Recibo de pago de matrícula de instituciones debidamente acreditadas
	Los hijos del contribuyente mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Medicina Legal
	El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal
	Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1072109374

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 56167537

- 56167537 -

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 02 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 2877

País - Departamento - Municipio - Corregimiento y/o Inspección de Policía: COLOMBIA - CUNDINAMARCA - GIRARDOT

Datos del inscrito

Primer Apellido: RAMIREZ | Segundo Apellido: MONCALEANO

Nombre(s): SEBASTIAN LEONARDO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2014 Mes 01 2 Día 17	MASCULINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección): COLOMBIA - CUNDINAMARCA - GIRARDOT

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
***** CERTIFICADO MEDICO *****	13099436-5

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: ***** MONCALEANO CARDOZO JULIE PAULIN *****

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
***** C.C. 39.582.552 *****	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: ***** RAMIREZ NELSON LEONARDO *****

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
***** C.C. 11.317.400 *****	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: ***** MONCALEANO CARDOZO JULIE PAULIN *****

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
***** C.C. 39.582.552 *****	

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 2015 Mes 01 Día 07	INGRITH JULIETH ARMERO PARRA (E) Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	INGRITH JULIETH ARMERO PARRA (E) Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

EL SUSCRITO NOTARIO SEGUNDO DEL CIRCULO DE
GIRARDOT – CUNDINAMARCA
CERTIFICA

Que es fiel copia tomada de su original.
Dada en Girardot, Cundinamarca a los 08 ENE 2015

Se expide para : PARENTESCO - EXENTO DE PAGO

Exento de timbre de acuerdo al artículo 12 originales 26 y 27 de la ley 2ª de enero de 1979.

INGRITH JULIETH ARMERO PARRA
NOTARIA SEGUNDA ENCARGADA DEL CIRCULO DE GIRARDOT

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

1305-07

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1.070.630.112

Indicativo Serial 58584302

58584302

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [X] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código J 4 M

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

REGISTRADURIA DE GIRARDOT - COLOMBIA - CUNDINAMARCA - GIRARDOT

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
RAMIREZ	MONCALEANO

Nombre(s)

YISEL NATALIA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2019 Mes SEP Día 20	FEMENINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA TOLIMA IBAGUE

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	154948878

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

MONCALEANO CARDOZO JULIE PAULIN

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 39.582.552	COLOMBIA

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

RAMIREZ NELSON LEONARDO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 11.317.400	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

RAMIREZ NELSON LEONARDO

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 11.317.400	

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 2016 Mes SEP Día 30	JULIO CESAR ALFONSO LOPEZ - REGIS Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

30-SEP-2019 - LIBRO DE VARIOS - TOMO 52 FOLIO 60.

OFIXPRES 100238573

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

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 11317400		RAMIREZ NELSON LEONARDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 12 N 5 - 63 ALTO CRUZ	GIRARDOT-CUNDINAMARCA	8351816	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-04	2022-04	37687550	9433684414	I	2022/05/03	2022/05/09	BANCO DE OCCIDENTE	3	$458,600

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	Codigo	Dias	Codigo	Días	Codigo	Días	Días	Exonerado SENA e ICBF
1	CC	11317400	RAMIREZ NELSON LEONARDO																		25-14	30	EPS002	30		0	14-11	30	0	No
Total	**Afiliados(1)**																												

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 11317400		RAMIREZ NELSON LEONARDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 12 N 5 - 63 ALTO CRUZ	GIRARDOT-CUNDINAMARCA	8351816	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-04	2022-04	37687550	9433684414	I	2022/05/03	2022/05/09	BANCO DE OCCIDENTE	3	$458,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$252,800	$0	$0	$252,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$252,800	$0	$0	$252,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$8,300	$0	$0	$8,300
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$8,300	$0	$0	$8,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$197,500	$0	$0	$197,500
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$197,500	$0	$0	$197,500
TOTAL				**1**	**$458,600**	**$0**	**$0**	**$458,600**