

 <p>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</p>	<p align="center">DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES)</p> <p align="center">REGIONAL DISTRITO CAPITAL</p>		<p>Código Regional</p>	<p>11</p>	
			<p>Código Centro</p>	<p>921010</p>	
			<p>Fecha Elaboración</p>	<p>Julio de 2022</p>	
			<p>Versión</p>	<p>MAYO 2022 - 2,22</p>	
			<p>ID de Proceso</p>	<p>67772-619524</p>	
<p align="center">CENTRO DE ELECTRICIDAD Y ELECTRONICA Y TELECOMUNICACION - BTA DC - SERVICIOS PRESTAD</p> <p>Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1</p> <p>Resolución DIAN N° 18764024257695 autoriza desde 360,001 hasta 750,000 (Enero 18 de 2022)</p>			<p>No. de documento</p>	<p>481637</p>	
<p align="center">DATOS DEL CONTRATISTA</p>					
<p>Nombres y apellidos contratista:</p>		<p>JUAN CARLOS PARRA SERNA</p>		<p>C.C.</p>	<p>86.062.681</p>
<p>Correo electrónico contratista:</p>		<p>jcparra186@misena.edu.co</p>		<p>IP/N° de contacto</p>	<p>3124796953</p>
<p>Régimen del IVA:</p>		<p>☐ NO RESPONSABLE ☒ Pertenece al régimen simple de tributación?</p>		<p>☐ NO ☒ Es declarante de renta?</p>	<p>☐ NO ☒ Es Pensionado?</p>
<p>Sus ingresos en el 2021 fueron iguales o superiores</p>		<p>☐ NO ☒ Inducción SST</p>		<p>☐ SI ☒ Presta Servicios Excluidos de IVA ?</p>	<p>NO</p>
<p>Banco al cual consignar:</p>		<p>DAVIVIENDA</p>		<p>Tipo de cta</p>	<p>AHORROS</p>
				<p>N° Cuenta</p>	<p>0570480970005157</p>
<p>Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato?</p>		<p>☐ NO ☒ Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2022 supera los \$ 125'413.200</p>		<p>☐ NO</p>	
<p align="center">DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO</p>					
<p>N° del contrato:</p>		<p>3436056/2022</p>		<p>N° Compromiso SIIF</p>	<p>24322</p>
<p>Valor Total del Contrato</p>		<p>\$ 26.530.980</p>		<p>Periodo objeto de pago</p>	
<p>Saldo Anterior del Contrato</p>		<p>\$ 7.580.280</p>		<p>Del</p>	<p>01/07/2022</p>
<p>Nuevo Saldo del Contrato</p>		<p>\$ 3.790.140</p>		<p>Al</p>	<p>31/07/2022</p>
				<p>Legalización comisiones del periodo</p>	<p>\$ 0,00</p>
<p>OBJETO CONTRACTUAL:</p>		<p>INSTRUCTOR:PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL, PARA LA EJECUCIÓN DE ACCIONES DE FORMACIÓN INTEGRAL EN TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA DE FORMA PRESENCIAL Y/O VIRTUAL; Y OTRAS ACTIVIDADES QUE SE DERIVEN DE LA FORMACIÓN, EN LOS DIFERENTES PR</p>			
<p>(Descripción del servicio prestado)</p>					
<p align="center">RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO</p>					
<p>Ingresos por honorarios</p>		<p>\$ 3.790.140</p>		<p>Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°</p>	<p>0,00%</p>
<p>Ingresos de otros meses cobrados en el mes</p>		<p>\$ 0</p>		<p>Retención en la Fuente del Periodo</p>	<p>\$ 0</p>
<p>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</p>		<p>\$ 3.790.140</p>		<p>Menos, ReteFuente Otros Ingresos</p>	<p>\$ 0</p>
<p>BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE</p>		<p>\$ 2.518.455</p>		<p>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</p>	<p>\$ 0</p>
<p align="center">LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR</p>					
<p>N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS</p>		<p>Julio</p>		<p>Junio</p>	
<p>Ingreso Base de Cotización - IBC</p>		<p>\$ 1.516.056</p>		<p>\$ 1.516.056</p>	
<p>Aporte obligatorio a seguridad social salud</p>		<p>\$ 189.600</p>		<p>\$ 189.600</p>	
<p>Aporte obligatorio a seguridad social Pensión</p>		<p>\$ 242.600</p>		<p>\$ 242.600</p>	
<p>Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional</p>		<p>\$ -</p>		<p>\$ 0</p>	
<p>ARL IV</p>		<p>\$ -</p>		<p>\$ 0</p>	
<p>Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias</p>		<p>\$ -</p>		<p>-</p>	
<p>Aportes voluntarios a cuentas AFC</p>		<p>\$ -</p>		<p>-</p>	
<p>Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.522.064</p>		<p>\$ -</p>		<p>-</p>	
<p>Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.800.400</p>		<p>\$ -</p>		<p>-</p>	
<p>Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes</p>		<p>\$ -</p>		<p>-</p>	
<p>Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes</p>		<p>\$ -</p>		<p>-</p>	
<p>Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes</p>		<p>\$ -</p>		<p>-</p>	
<p>Dependientes hasta \$ 1.216.128</p>		<p>\$ -</p>		<p>-</p>	
<p>Salud hasta \$ 608.064</p>		<p>\$ -</p>		<p>-</p>	
<p>Renta Exenta 25% \$ 9.120.960</p>		<p>\$ 839.485</p>		<p>-</p>	
<p>Retención en la Fuente Contingente</p>		<p>\$ -</p>		<p>-</p>	
				<p>Valor Base retención en la fuente</p>	<p>2.518.455,00</p>
				<p>Valor Base retención en la fuente ICA</p>	<p>3.357.940,00</p>
				<p>Valor base IVA</p>	<p>0,00</p>
				<p>IVA (Si es RESPONSABLE)</p>	<p>0,00</p>
				<p>Menos Retención en la Fuente</p>	<p>0,00</p>
				<p>Menos Retención IVA</p>	<p>0,00</p>
				<p>Reteica - 8299</p>	<p>32.438,00</p>
				<p>Otras Retenciones</p>	<p>0,00</p>
				<p>Otras Retenciones</p>	<p>0,00</p>
				<p>Otras Retenciones</p>	<p>0,00</p>
				<p>Otras Retenciones</p>	<p>0,00</p>
				<p>Descuentos de Libranza</p>	<p>0,00</p>
				<p>Descuentos de embargo (Si tiene)</p>	<p>0,00</p>
				<p>VALOR A PAGAR</p>	<p>\$ 3.757.702,00</p>
<p align="center">SON: TRES MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL SETECIENTOS DOS PESOS M/CTE</p>					
<p align="center">ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO</p>					
<p>2141079, 2141080, 2141085, TECNOLOGOS EN ELECTRICIDAD INDUSTRIAL, SE IMPARTIÓ LAS COMPETENCIAS: PONER A PUNTO CIRCUITOS DE POTENCIA Y CONTROL EN EL ACCIONAMIENTO ADOPTADO DE ACUERDO A LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS. LAS ACTIVIDADES FUERON: MONTAJE ARRANQUE DIRECTO, MONTAJE ARRANQUE DIRECTO DOS ESTACIONES, MONTAJE INVERAOR DE GIRO, MONTAJE ESTRELLA DELTA.</p>					
<p align="center">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 align="center">  JUAN CARLOS PARRA SERNA EL CONTRATISTA </p>	
<p align="center">CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>					
<p>En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:</p>				<p align="center"> <u>Autorizo el presente pago.</u> El Supervisor, </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 align="center">Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:</p>				<p align="center"> ANDRES CAMILO QUINTERO SANTOS INSTRUCTOR G12 </p>	
<p align="center">EL ORDENADOR DEL PAGO</p>					
<p align="center"> CLAUDIA JANET GOMEZ LARROTTA SUBDIRECTORA DE CENTRO G02 </p>					

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	86062681	JUAN CARLOS PARRA SERNA		CALLE 25 A 35 33	3124796953	jcparrase@unal.edu.co
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLÉADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2022-06	2022-06	I	11/07/2022	60119087	\$432.300

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	189.600	0		0		0	0	0	0	189.600	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	242.700	0	0	0	0	0	0		242.700	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										

TOTALES CAJAS									
Código CCF	Nombre					NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de ICE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	189.600	189.600
Pensión	1	242.700	242.700
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	432.300	432.300

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	86062681	JUAN CARLOS PARRA SERNA		CALLE 25 A 35 33	3124796953	jcparrase@unal.edu.co
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2022-06	2022-06	I	11/07/2022	60119087	10
					TOTAL A PAGAR
					\$432.300

DETALLE POR COTIZANTE																																																
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES													
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Columna exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN		
1	CC	86062681	PARRA SERNA JUAN CARLOS	3	0		N																	25-14	1.516.520	242.700	0	0	0	0	0	EPS008	1.516.520	189.600		0		0		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Bogotá, 31 de julio de 2022

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 empleado contribuyente y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el parágrafo cuarto del artículo segundo del Decreto 0099 de 2013, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

R.C	1.011.330.555	CARLOS MATIAS PARRA GÓMEZ	HIJO
-----	---------------	---------------------------	------

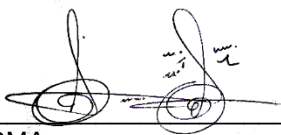
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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 PARRA SERNA

C.C. 86.062.681