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	**Setiembre de 2022**
Versión	**MAYO 2022 - 2,22**
ID de Proceso	**35264-357659**
No. de documento	**552935**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	DAMIAN HUMBERTO MELO RODRIGUEZ	**C.C.**	80.154.122	**IP/Nº de contacto**	3209250761
Correo electrónico contratista:	dmelor@sena.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:	BANCOLOMBIA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		13359667668	
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:	3357948/2022			**Nº Compromiso SIIF**	**43622**	
Valor Total del Contrato	$ 39.500.100	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**			**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 13.035.033	**8**	**Del**	**01/09/2022**	**Al** 30/09/2022	**$ 3.950.010,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 9.085.023		Legalización comisiones del periodo		$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

SERVICIOS PERSONALES: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

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

	Setiembre	Agosto			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**9439025258**	Valor Base retención en la fuente	2.328.382,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.580.004	$ 1.580.004	Valor Base retención en la fuente ICA	3.499.510,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 197.600	$ 197.600	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 252.900	$ 252.900	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL I	$ 8.300	$ 8.300	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 8299	33.805,00	0,966%
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -		-	0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.522.064	$ -		-	0,00	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.800.400	$ -		-	0,00	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta $ 1.216.128	$ 395.001		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 608.064	$ -				
Renta Exenta 25% $ 9.120.960	$ 776.127		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		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

1. Atender la formación presencial de aprendices.
2. Aplicar al proceso de certificación de competencias según normas de competencias que aplica a la función Instructor.
3. Cumplimiento oportuno con las entregas de los distintos formatos y documentos requeridos en el proceso administrativo.
4. Orientar, apoyar, acompañar y asesorar en forma permanente e integral a los aprendices en el proceso de formación.
5. Participar en las diferentes actividades programadas por el Centro de Formación

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.

DAMIAN HUMBERTO MELO RODRIGUEZ
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,

EMILIO DELGADO DIAZ
INSTRUCTOR G18

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

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 80154122		MELO RODRIGUEZ DAMIAN HUMBERTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 35 A 68 A 33 SUR Barrio Alqueria	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4601841	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-08	2022-08	1642302430	9439025258	I	2022/09/07	2022/09/07	BANCOLOMBIA	0	$458,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,580,100	$252,900			$1,580,100	$197,600			$0	$0			$1,580,100	$8,300		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,580,100	$252,900			$1,580,100	$197,600			$0	$0			$1,580,100	$8,300		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,580,100	$252,900			$1,580,100	$197,600			$0	$0			$1,580,100	$8,300		$0	$0
1	CC	80154122 MELO DAMIAN	230301	30	$1,580,100	$252,900	EPS005	30	$1,580,100	$197,600		0	$0	$0	14-23	30	$1,580,100	$8,300	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,580,100	$252,900			$1,580,100	$197,600			$0	$0			$1,580,100	$8,300		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 80154122		MELO RODRIGUEZ DAMIAN HUMBERTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 35 A 68 A 33 SUR Barrio Alqueria	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4601841	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-08	2022-08	1642302430	9439025258	I	2022/09/07	2022/09/07	BANCOLOMBIA	0	$458,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$252,900	$0	$0	$252,900
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$252,900	$0	$0	$252,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$8,300	$0	$0	$8,300
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$8,300	$0	$0	$8,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$197,600	$0	$0	$197,600
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$197,600	$0	$0	$197,600
TOTAL				**1**	**$458,800**	**$0**	**$0**	**$458,800**

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 19 de septiembre 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.	**1034401344**	**MARÍA FERNANDA MELO MEDELLÍN**	**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: Damián Humberto Melo Rodríguez

C.C. 80.154.122

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

40320558

NUIP 1034401344

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 40320558

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [15] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** AZC

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

COLOMBIA-CUNDINAMARCA-BOGOTA-

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MELO-	MEDELLIN-

Nombre(s)

MARIA FERNANDA-

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2008 Mes ENE Día 15	FEMENINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA-CUNDINAMARCA-BOGOTA-

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO-	50047618-9

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

MEDELLIN PARDO ANDREA CAROLINA-

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 1022344632 DE BOGOTA D.C.-	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

MELO RODRIGUEZ DAMIAN HUMBERTO-

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 80154122 DE SANTAFE-DE BOGT-	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

MELO RODRIGUEZ DAMIAN HUMBERTO-

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. 80154122 DE SANTAFE-DE BOGT-	

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 ante quien se hace la inscripción
Año 2008 Mes FEB Día 02	ROBERTO MARTINEZ RUIZ Nombre y firma

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

ESPACIO PARA NOTAS

— ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO —

© RNEC S.A. NIT. 830.321.161-0