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 TOLIMA
CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS-TOLIMA -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	**73**
Código Centro	**931010**
Fecha Elaboración	**Octubre de 2022**
Versión	**MAYO 2022 - 2,22**
ID de Proceso	**82003-710214**
No. de documento	**547528**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	MILTON MANUEL ORTIZ LOPEZ	**C.C.**	12.279.436	**IP/Nº de contacto**	3117700671
Correo electrónico contratista:	mmortizl@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:	BANCO AGRARIO DE COLOMB	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		439270171811	
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:	3343909/2022		**Nº Compromiso SIIF**	**19322**	
Valor Total del Contrato	$ 19.987.500	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**		**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 3.997.500	**5**	**Del 01/06/2022 Al 30/06/2022**		**$ 3.997.500,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 0		Legalización comisiones del periodo	$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR CO1.PCCNTR.3343909 CONTRATAR LA PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES Y/O DE APOYO A LA GESTION DE CARACTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR PARA IMPARTIR FORMACION EN LOS DIVERSOS PROGRAMAS VIRTUALES Y ASI CUMPLIR LAS METAS ESTABLECIDAS PARA EL CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS EN LA VIGENCIA

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.997.500	Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°		10,80%
		Retencion en la Fuente del Periodo		$ 763.301
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 7.995.000			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 11.992.500**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 7.069.388**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**		**$ 763.301**

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

	Junio	**Mayo**
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**24104679**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.599.000	$ 1.599.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 199.900	$ 199.900
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 255.900	$ 255.900
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 8.400	$ 8.400
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	$ 511.800	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 399.800	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 16.800	
Dependientes hasta $ 1.216.128	$ 1.199.250	
Salud hasta $ 608.064	$ -	
Renta Exenta 25% $ 9.120.960	$ 2.356.463	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	7.069.388,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.541.700,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	763.301,00	10,80%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8523	11.993,00	0,300%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Bomberos	720,00	6,000%
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	**$ 3.221.486,00**	

SON: TRES MILLONES DOSCIENTOS VEINTIUNO MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y SEIS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se realizó el alistamiento de las cuatro fichas asignadas del curso(2564215-2564216- 2564224- 2564226) para el inicio Actividades
Se realizo la verificación del ambiente de aprendizaje al iniciar la formación Manejo de Herramientas Microsoft Office2016:Excel
Se asocio a cada uno de los aprendices a la ruta de aprendizaje del curso de formación en la plataforma Sena Sofia Plus para inicio
Se realizo adecuadamente la orientación de los procesos de aprendizaje de las fichas correspondientes para el cumplimiento objetivos.
Se realizó el Cierre de las cuatro fichas asignadas del curso(2564215-2564216- 2564224- 2564226) para el inicio Actividades
Se emitio los jucios Evaluativos de la formación Manejo de Herramientas Microsoft Office2016:Excel
Se participó en las capacitaciones Webinars segun cronograma para el mes de Cobro 2022
Reunión formación complementaria virtual- ejecución de metas e indicadores de certificación en la formación complementaria virtual.
Las actividades se desarrollaron en la ciudad de Ibagué

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.

MILTON MANUEL ORTIZ LOPEZ
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,

GLORIA INES URUENA MONTES
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

ALVARO FREDY BERMUDEZ SALAZAR
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

PLANILLA NRO. 24104679 Tipo I 2022 05

ASOPAGOS

DATOS GENERALES

TIPO	NÚMERO	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	TIPO PRESENTACIÓN	SUCURSAL / DEPENDENCIA	CÓDIGO	PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	NÚMERO PLANILLA	REFERENCIA DE PAGO (PIN)	TIPO EMPRESA	CLASE APORTANTE	CÓDIGO ARL	CÓDIGO OPERADOR
CC	12279436	MILTON MANUEL ORTIZ LOPEZ	SUCURSAL	sonia	12	2022-05	2022-05	24104679		PRIVADA	I	14-23	86

DIRECCIÓN	CIUDAD / MUNICIPIO	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CÓDIGO	TELÉFONO	FAX	CORREO ELECTRÓNICO	ACTIVIDAD ECONÓMICA	VALOR NÓMINA	TOTAL EMPLEADOS	FECHA DE PAGO	FECHA LIMITE DE PAGO
CLL10 NO 7 68	LA PLATA	396	HUILA	41	3045917212	0	MIORTIZ2003@HOTMAIL.COM	8299	1600000	1	2022-08-22	2022-06-09

TOTAL APORTES A SALUD POR ADMINISTRADORA

CÓD / NOMBRE EPS	NIT EPS	COT OBLIGATORIA	UPC ADICIONAL	# AUT INC	VALOR INC	# AUT LIC	VALOR LIC	NETO COT	DÍAS MORA	INTERESES	INTERESES UPC	SUBTOTAL COT	SUBTOTAL UPC	NÚM RAD ANTERIOR	SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR UPC	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS
EPS005	800251440	200000	0	0	0	0	0	200000	24	4100	0	204100	0	0	0	0	204100	1

TOTAL APORTES A PENSIÓN POR ADMINISTRADORA

CÓD / NOMBRE AFP	NIT AFP	COT OBLIGATORIA	COT VOL AF	COT VOL AP	FONDO SOL	DÍAS MORA	INTERESES	INTERESES FONDO SOL	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS
230201	800229739	256000	0	0	0	24	5300	0	261300	1

TOTAL APORTES A RIESGOS LABORALES

CÓD / NOMBRE ARL	NIT ARL	COT OBLIGATORIA	# AUT INC	VALOR INC	OTROS RIESGOS	NETO COT	DÍAS MORA	INTERESES	SUBTOTAL APORTES	NÚM RAD ANTERIOR	SALDO FAVOR	FONDO SOL	TOTAL PAGAR
14-23	860011153	8400	0	0	0	8400	24	200	8600	0	0	0	8600

TOTAL APORTES A ESAP

VALOR	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL A PAGAR
0	24	0	0

TOTAL APORTES A MINISTERIO

VALOR	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL A PAGAR
0	24	0	0

TOTAL APORTES A CAJAS POR ADMINISTRADORA

CÓD / NOMBRE CCF	NIT CCF	VALOR APORTE	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS
CCF32	891180008	9600	24	200	9800	1

TOTAL APORTES A ICBF Y SENA

ICBF

VALOR	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS
0	24	0	0	0

SENA

VALOR	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS
0	24	0	0	0

NÚMERO ADMINISTRADORAS	
PENSIONES	1
SALUD	1
RIESGOS LABORALES	1
CAJAS COMPENSACIÓN	1

TOTAL A PAGAR POR ADMINISTRADORA	
PENSIONES	261300
SALUD	204100
RIESGOS LABORALES	8600
CAJAS COMPENSACIÓN	9800
SENA	0
ICBF	0
ESAP	0
MINISTERIO	0
GRAN TOTAL	483800

PAGADO

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Ibagué, 30 de junio 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	1145828632	MARIANA ORTIZ VARGAS	**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: __Milton Manuel Ortiz Lopez_____

C.C. ___La Plata - Huila _____

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1.145.828.632

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 53797852

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** D U W

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

REGISTRADURIA DE LA PLATA H.D. S.A DE PAIRA - COLOMBIA - HUILA - LA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ORTIZ	VARGAS

Nombre(s)

MARIANA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2 0 1 0 Mes 0 7 Día 1 8	FEMENINO	B	POSITIVO

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

COLOMBIA HUILA LA PLATA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	122877040

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

VARGAS HOYOS PIEDAD CRISTINA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 36.309.406	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

ORTIZ LOPEZ MILTON MANUEL

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 12.279.438	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

VARGAS HOYOS PIEDAD CRISTINA

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 36.309.406	

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 2 0 1 0 Mes 0 7 Día 2 1	ABEL AHAYA PAREDES - REGISTRADOR
	Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Scanned with CamScanner