

|                                                                                                                                 |                                                                                                                                             |  |                   |                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------|------------------|
|  <p><b>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</b></p> | DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES) |  | Código Regional   | 73               |
|                                                                                                                                 | REGIONAL TOLIMA                                                                                                                             |  | Código Centro     | 922610           |
|                                                                                                                                 | CENTRO DE INDUSTRIA Y CONSTRUCCION-TOLIMA - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION                                                              |  | Fecha Elaboración | Octubre de 2022  |
|                                                                                                                                 | Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1                                                           |  | Versión           | MAYO 2022 - 2,22 |
|                                                                                                                                 | Resolución DIAN N° 18764024257695 autoriza desde 360,001 hasta 750,000 (Enero 18 de 2022)                                                   |  | ID de Proceso     | 53125-600949     |
|                                                                                                                                 |                                                                                                                                             |  | No. de documento  | 595692           |

  

| DATOS DEL CONTRATISTA                                                                                                |                               |                                                                                        |               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| Nombres y apellidos contratista:                                                                                     | CARLOS ANDRES CHILATRA LOZANO | C.C.                                                                                   | 1.110.454.592 |
| Correo electrónico contratista:                                                                                      | cchilatra@sena.edu.co         | IP/N° de contacto                                                                      | 3106788544    |
| Régimen del IVA:                                                                                                     | NO RESPONSABLE                | Pertenece al régimen simple de tributación?                                            | NO            |
|                                                                                                                      |                               | Es declarante de renta?                                                                | SI            |
|                                                                                                                      |                               | Es Pensionado?                                                                         | NO            |
| Sus ingresos en el 2021 fueron iguales o superiores                                                                  | SI                            | Inducción SST                                                                          | SI            |
|                                                                                                                      |                               | Presta Servicios Excluidos de IVA ?                                                    | SI            |
| Banco al cual consignar:                                                                                             | DAVIVIENDA                    | Tipo de cta                                                                            | AHORROS       |
|                                                                                                                      |                               | N° Cuenta                                                                              | 166170329287  |
| 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                                        |               |                                     |                              |
|------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-------------------------------------|------------------------------|
| N° del contrato:                                                                   | 3429737/2022  | N° Compromiso SIIF                  | 12222                        |
| Valor Total del Contrato                                                           | \$ 40.040.000 | N° Pago                             | 9                            |
| Saldo Anterior del Contrato                                                        | \$ 8.840.000  | Periodo objeto de pago              | Del 01/10/2022 Al 31/10/2022 |
| Nuevo Saldo del Contrato                                                           | \$ 4.940.000  | Legalización comisiones del periodo | \$ 0,00                      |
| INSTRUCTOR CO1.PCCNTR.3429737 IMPARTIR FORMACION GESTION ADMINISTRATIVA FINANCIERA |               |                                     |                              |

  

| OBJETO CONTRACTUAL:                 |  |  |  |
|-------------------------------------|--|--|--|
| (Descripción del servicio prestado) |  |  |  |

  

| RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO |                     |                                           |             |
|------------------------------------------------------|---------------------|-------------------------------------------|-------------|
| Ingresos por honorarios                              | \$ 3.900.000        | Tarifa de Retención en la Fuente ART 383° | 0,00%       |
| Ingresos de otros meses cobrados en el mes           | \$ 0                | Retención en la Fuente del Periodo        | \$ 0        |
| <b>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</b>                    | <b>\$ 3.900.000</b> | Menos, Retefuente Otros Ingresos          | \$ 0        |
| <b>BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE</b>              | <b>\$ 2.591.550</b> | <b>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</b>     | <b>\$ 0</b> |

  

| LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR |              |              |                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|----------------------------------------------------|
| N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS                           | Octubre      | Setiembre    |                                                    |
| Ingreso Base de Cotización - IBC                                      | \$ 1.560.000 | \$ 1.560.000 | Valor Base retención en la fuente 2.591.550,00     |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud                           | \$ 195.000   | \$ 195.000   | Valor Base retención en la fuente ICA 3.455.400,00 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión                         | \$ 249.600   | \$ 249.600   | Valor base IVA 0,00                                |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional                   | \$ -         | \$ 0         | IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00                       |
| ARL                                                                   | \$ 8.200     | \$ 8.200     | Menos Retención en la Fuente 0,00                  |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias                 | \$ -         | \$ -         | Menos Retención IVA 0,00                           |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC                                     | \$ -         | \$ -         | Reteica - 8551 11.700,00                           |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.522.064       | \$ -         | \$ -         | Bomberos 702,00                                    |
| Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.800.400                           | \$ -         | \$ -         | Otras Retenciones 0,00                             |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes         | \$ -         | \$ -         | Otras Retenciones 0,00                             |
| Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes           | \$ -         | \$ -         | Otras Retenciones 0,00                             |
| Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes           | \$ -         | \$ -         | Descuentos de Libranza 0,00                        |
| Dependientes hasta \$ 1.216.128                                       | \$ -         | \$ -         | Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00              |
| Salud hasta \$ 608.064                                                | \$ -         | \$ -         | <b>VALOR A PAGAR \$ 3.887.598,00</b>               |
| Renta Exenta 25% \$ 9.120.960                                         | \$ 863.850   | \$ -         |                                                    |
| Retención en la Fuente Contingente                                    | \$ -         | \$ -         |                                                    |

  

**SON: TRES MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS NOVENTA Y OCHO PESOS M/CTE**

  

| ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 1. Número de Ficha Complementaria Virtual Administración de Recursos Humanos fichas 2652018-2652019-2652020-2652021<br>2. Horario de Formación: Lunes, Martes, Miércoles, Jueves y Viernes. De 2:00 PM a 8:00 PM.<br>3. Total Horas Semana: 40 Horas<br>4. Competencia: Dirigir el talento humano según políticas y procesos organizacionales<br>5. Resultados de Aprendizaje: Aplicar los procedimientos para la selección de personal según el área y procesos organizacionales<br>Definir los procedimientos relacionados con el proceso de contratación de talento<br>Realizar procesos de nómina y liquidación aplicando la normatividad, políticas y procesos organizacionales<br>Conocer los principios organizacionales y administrativos que relacionan el adecuado desarrollo de funciones<br>6. Técnica o Estrategia pedagógica: Aprendizaje Colaborativo - Atención Sincrónica y Asincrónica |  |

  

| 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. | <b>CARLOS ANDRES CHILATRA LOZANO</b><br><b>EL CONTRATISTA</b> |

  

| CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:<br>1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;<br>2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del periodo de cobro;<br>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.<br>El Supervisor,<br><br><b>HEIDY ALEXANDRA MOLANO GIRON</b><br><b>COORDINADORA ACADÉMICA</b> |

  

**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**

  

**LINA LIZETH MARTINEZ CALDERON**  
**SUBDIRECTORA DE CENTRO G02**



|                              |                               |
|------------------------------|-------------------------------|
| RAZON SOCIAL :               | CHILATRA LOZANO CARLOS ANDRES |
| IDENTIFICACION:              | CC-1110454592                 |
| COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0                             |
| NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0                             |
| FECHA GENERACION REPORTE:    | 2022-10-06                    |
| FECHA LIMITE DE PAGO:        | 2022-10-24                    |
| FECHA DE PAGO:               | 2022-10-06                    |
| ENTIDAD DE PAGO:             | BANCO DAVIVIENDA              |
| PERIODO PENSION:             | 2022-09                       |
| PERIODO SALUD:               | 2022-09                       |
| NUMERO PLANILLA:             | 24491249                      |
| TOTAL COTIZANTES:            | 1                             |
| REFERENCIA DE PAGO (PIN):    | 24491249                      |
| TIPO DE PLANILLA:            | I                             |

| CODIGO ENTIDAD | NIT       | NOMBRE    | NUMERO AFILIADOS | IBC          | FONDO SOLIDARIDAD | FONDO SUBSISTENCIA | TOTAL INTERESES | VALOR PAGAR SIN INTERESES | VALOR PAGAR |
|----------------|-----------|-----------|------------------|--------------|-------------------|--------------------|-----------------|---------------------------|-------------|
| EPS005         | 800251440 | SANITAS   | 1                | \$ 1.940.000 | \$ 0              | \$ 0               | \$ 0            | \$ 242.500                | \$ 242.500  |
| 231001         | 800227940 | COLFONDOS | 1                | \$ 1.940.000 | \$ 0              | \$ 0               | \$ 0            | \$ 310.400                | \$ 310.400  |
| 14-23          | 860011153 | POSITIVA  | 1                | \$ 1.940.000 | \$ 0              | \$ 0               | \$ 0            | \$ 10.200                 | \$ 10.200   |
| Total a pagar  |           |           |                  |              | \$ 0              | \$ 0               | \$ 0            | \$ 563.100                | \$ 563.100  |

|                                  |            |
|----------------------------------|------------|
| FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES: | 23/11/2022 |
|----------------------------------|------------|