

 <p>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</p>	DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES)		Código Regional	11
	REGIONAL DISTRITO CAPITAL		Código Centro	940410
	CENTRO DE GESTION ADMINISTRATIVA-BTA D C - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION		Fecha Elaboración	Noviembre 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	75593-815447
			No. de documento	611395

DATOS DEL CONTRATISTA			
Nombres y apellidos contratista:	CARLOS DAVID DIAZ DIAZ	C.C.	1.030.621.182
Correo electrónico contratista:	cddiaz281@misena.edu.co	IP/N° de contacto	3008500498
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:	BANCO CAJA SOCIAL	Tipo de cta	AHORROS
		N° Cuenta	24058037836
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:	3357883/2022	N° Compromiso SIIF	13122
Valor Total del Contrato	\$ 41.606.772	N ° Pago	10
Saldo Anterior del Contrato	\$ 6.056.682	Periodo objeto de pago	Del 01/11/2022 Al 30/11/2022
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 2.106.672	Legalización comisiones del periodo	\$ 0,00

OBJETO CONTRACTUAL:			
(Descripción 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 Retención en la Fuente ART 383°	0,00%
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 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			
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	Noviembre	Octubre	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.580.004	\$ 1.580.004	Valor Base retención en la fuente 2.328.382,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 197.600	\$ 197.600	Valor Base retención en la fuente ICA 3.499.510,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 252.900	\$ 252.900	Valor base IVA 0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00
ARL	\$ 8.300	\$ 8.300	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 - 8299 33.805,00
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.522.064	\$ -		0,966%
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.800.400	\$ -		Otras Retenciones 0,00
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		0,000%
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	\$ -		0,000%
Dependientes hasta \$ 1.216.128	\$ 395.001		Otras Retenciones 0,00
Salud hasta \$ 608.064	\$ -		0,000%
Renta Exenta 25% \$ 9.120.960	\$ 776.127		0,000%
Retención en la Fuente Contingente	\$ -		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	
<p>ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO:</p> <p>Orientar Formación Profesional Integral a los aprendices según programación de fichas.</p> <p>Acompañamiento a los aprendices en el desarrollo de proceso formativos y/o productivos.</p> <p>Actualizar contenidos y tecnologías en las diversas competencias del programa de formación.</p> <p>Elaboración y entrega de formatos y documentos requeridos en el proceso académico administrativo.</p>	

<p>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>CARLOS DAVID DIAZ DIAZ EL CONTRATISTA</p>
---	---

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO	
<p>En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:</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>Autorizo el presente pago. El Supervisor,</p> <p>CLAUDIA PILAR POVEDA CORTES INSTRUCTOR G20</p>

<p>Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:</p> <p>EL ORDENADOR DEL PAGO</p>
--

<p>WAINE ANTONY TRIANA ALBIS SUBDIRECTOR DE CENTRO G02</p>



Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2022-10-28, 11:32:19 AM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	octubre de 2022
Periodo de Cotización Para Salud	octubre de 2022
Empresa	CARLOS DIAZ DIAZ
CEDULA CIUDADANIA	CC 1030621182
Código Sucursal (Nombre)	()
Referencia de Pago/ Número Planilla	1048472090
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	1727330778
Banco	(1032) - BANCO CAJA SOCIAL
Valor	\$ 458.800
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.0.19.58

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N800224808	230301	PORVENIR	1	\$ 252.900	\$ 0
N830113831	EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	1	\$ 197.600	\$ 0
N860011153	14-23	ARP - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1	\$ 8.300	\$ 0
			SubTotales:	\$ 458.800	\$ 0
			Total a Pagar:		\$ 458.800

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 17 de noviembre 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 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	1028727742	HANNA MARTINA DIAZ MARIN	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: **CARLOS DAVID DIAZ DIAZ**

C.C. 1030621182



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL



NUIP 1028727742

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO Indicativo 57639530
Serial

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	☒	Notaría	☐	Número	☐	Consulado	☐	Corregimiento	☐	Inspección de Policía	☐	Código	A	C	L
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía															
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C. HOSPITAL INFANTIL UNIVERSITARIO DE															

Datos del inscrito

Primer Apellido		Segundo Apellido	
DIAZ		MARIN	
Nombre(s)			
HANNA MARTINA			
Fecha de nacimiento		Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo
Año	2017	Mes	JUL
Día	31	FEMENINO	R
Factor RH			
POSITIVO			
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)			
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C.			

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	14252848-9

Datos de 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

MARIN HIGUERA LINA MARCELA	Nacionalidad
Documento de identificación (Clase y número)	COLOMBIA
CC No. 1020763888	

Datos de padre o madre (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

DIAZ DIAZ CARLOS DAVID	Nacionalidad
Documento de identificación (Clase y número)	COLOMBIA
CC No. 1030621182	

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

DIAZ DIAZ CARLOS DAVID	Firma
Documento de identificación (Clase y número)	Carlos Diaz
CC No. 1030621182	

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	2017
Mes	AGO
Día	01
	JULIO ENRIQUE FRANCO MENESES

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Carlos Diaz	JULIO ENRIQUE FRANCO MENESES
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS: FOLIO 83:01/08/2017

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL	ESTE REGISTRO ES FOTOCOPIA AUTÉNTICA DEL ORIGINAL, EL CUAL REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA OFICINA. SE EXPIDE PARA ACREDITAR PARENTESCO, ARTICULO 115 DECRETO LEY 1260 DE 1970; TIENE VIGENCIA PERMANENTE ART.1 DECRETO 2189 de 1983, SE OMITE SELLO SEGÚN ART. 11 DECRETO 2150 DE 1995.
FECHA DE EXPEDICION	JULIO ENRIQUE FRANCO MENESES REGISTRADOR AUXILIAR DEL ESTADO CIVIL LOCALIDAD 12 - BARRIOS UNIDOS
02 AGO. 2017	

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO