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 INDUSTRIA Y CONSTRUCCION-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	**922610**
Fecha Elaboración	**Diciembre de 2022**
Versión	**MAYO 2022 - 2,22**
ID de Proceso	**81699-449465**
No. de documento	**644335**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	CARLOS ANDRES CHILATRA LOZANO	**C.C.**	1.110.454.592	**IP/Nº de contacto**	3106788544
Correo electrónico contratista:	cchilatra@sena.edu.co				
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	**Nº 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

Nº del contrato:	3429737/2022			**Nº Compromiso SIIF**	**12222**	
Valor Total del Contrato	$ 40.040.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**			**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 1.040.000	**11**	**Del**	**01/12/2022**	**Al** **08/12/2022**	**$ 1.040.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 0		Legalización comisiones del periodo		$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR CO1.PCCNTR.3429737 IMPARTIR FORMACION GESTION ADMINISTRATIVA FINANCIERA

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 1.040.000		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	$ 3.900.000			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 4.940.000**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.787.300**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Diciembre	Noviembre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**24752955**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.000.000	$ 1.560.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 125.000	$ 195.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 160.000	$ 249.600
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 5.300	$ 8.200
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	$ 249.600	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 195.000	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 8.200	
Dependientes hasta $ 1.216.128	$ 494.000	
Salud hasta $ 608.064	$ -	
Renta Exenta 25% $ 9.120.960	$ 929.100	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.787.300,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	755.000,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8551	3.120,00	0,300%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Bomberos	187,00	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	**$ 1.036.693,00**	

SON: UN MILLÓN TREINTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS NOVENTA Y TRES PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

1.Complementaria Virtual Administración de Recursos Humanos fichas 24495076, 2680171; Formación de Ambientes Virtuales 2675376; Servicio al Cliente un reto Personal: 2679255
2 Horario de Formación: Lunes, Martes, Miércoles, Jueves y Viernes. De 2:00 PM a 8:00 PM.
3. Total Horas Semana: 40 Horas
4. Competencia: Dirigir el talento humano según políticas y procesos organizacionales
5. Resultados de Aprendizaje: Aplicar los procedimientos para la selección de personal según el área y procesos organizacionales. Definir los procedimientos relacionados con el proceso de contratación de talento Realizar procesos de nómina y liquidación Conocer los principios organizacionales y administrativos que relacionan el adecuado desarrollo de funciones
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.

CARLOS ANDRES CHILATRA LOZANO
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,

HEIDY ALEXANDRA MOLANO GIRON
COORDINADORA ACADÉMICA

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

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL :	CHILATRA LOZANO CARLOS ANDRES
IDENTIFICACION:	CC-1110454592
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2022-12-05
FECHA LIMITE DE PAGO:	2022-12-22
FECHA DE PAGO:	2022-12-01
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO COLPATRIA
PERIODO PENSION:	2022-11
PERIODO SALUD:	2022-11
NUMERO PLANILLA:	24752955
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	24752955
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:	15/01/2023

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Ibagué, Diciembre 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:

R.C	**1197470261**	**Sara Paulina Chilatra Ochoa**	**HIJO**
R.C.	**1197473914**	**Emiliano Chilatra Ochoa**	**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,

Carlos Andrés Chilatra Lozano
C.C. 1.110.454.592

REPÚBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACIÓN ELECTORAL

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1197473914

Indicativo Serial 58206245

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 07 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código ELM

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

**********COLOMBIA *** TOLIMA *** IBAGUE**********

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
CHILATRA**********	OCHOA **********

Nombre(s)

EMILIANO **********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2021 Mes FEB Día 17	MASCULINO	O	POSITIVO

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

**********COLOMBIA ******* TOLIMA ******* IBAGUE**********

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO**********	164099672**********

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

OCHOA PINZON YASBLEIDY MERCEDES**********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 1110463476 DE IBAGUE**********	COLOMBIANA**********

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

CHILATRA LOZANO CARLOS ANDRES**********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 1110454592 DE IBAGUE**********	COLOMBIANA**********

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

CHILATRA LOZANO CARLOS ANDRES**********

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. No. 1110454592 DE IBAGUE**********	X

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

****

Documento de identificación (Clase y número)	
**********	

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

****

Documento de identificación (Clase y número)	
**********	

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2021 Mes FEB Día 24	HECTOR JULIO CRUZ CASALLAS Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
X CHILATRA LOZANO CARLOS ANDRES	HECTOR JULIO CRUZ CASALLAS Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

LV T 36 F 097

REPÚBLICA DE COLOMBIA
NOTARIO
HECTOR JULIO
CRUZ CASALLAS
NOTARÍA SEGUNDA DE IBAGUÉ

REPÚBLICA DE COLOMBIA
NOTARIO
HECTOR JULIO

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP: 1197470261

Indicativo Serial: 55566413

55566413

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [0 7] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código E L M

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

COLOMBIA-TOLIMA-IBAGUE

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
CHILATRA	OCHOA

Nombre(s)

SARA PAULINA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2015 Mes NOV Día 11	FEMENINO	A	POSITIVO

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

COLOMBIA-TOLIMA-IBAGUE

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	52726929-6

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

OCHOA PINZON YASBLEIDY MERCEDES

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 1110463476 de IBAGUE	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

CHILATRA LOZANO CARLOS ANDRES

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 1110454592 de IBAGUE	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

OCHOA PINZON YASBLEIDY MERCEDES

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. 1110463476 de IBAGUE	Yasbleidy Ochoa

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

Año 2015 Mes NOV Día 18

Nombre y firma del funcionario que autoriza

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

JOSE NESTOR VARGAS BARRETO

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS 136 DEL TOMO 23 DE FECHA 18-11-2015.

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -