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 AGROPECUARIO LA GRANJA-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	**912310**
Fecha Elaboración	**Diciembre de 2022**
Versión	**MAYO 2022 - 2,22**
ID de Proceso	**46393-693470**
No. de documento	**615095**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	JAMIT ARMANDO MONTENEGRO ORTIZ	**C.C.**	14.399.532	**IP/Nº de contacto**	3214982893
Correo electrónico contratista:	jamortiz4983@misena.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**	06874190398
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:	3341430/2022			**Nº Compromiso SIIF**		**12022**	
Valor Total del Contrato	$ 41.922.667	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 10.082.667	**9**	**Del**	**01/10/2022**	**Al**	**31/10/2022**	**$ 3.980.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 6.102.667		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

Prestar servicios personales de carácter temporal como Instructor para planear y orientar la Formación Profesional Integral en la Red de Conocimiento AGRICOLA – AREA TEMATICA AGROINDUSTRIAL - CONTROL DE CALIDAD E INOCUIDAD - PROCESAMIENTO DE ALIMENTOS – CARNICOS Y DERIVADOS - FRUTAS Y VERDURAS - LÁCTEOS Y DERIVADOS - PANADERIA Y REPOSTERIA

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.980.000		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	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 3.980.000**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.346.150**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Octubre	Setiembre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**8622419380**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.592.000	$ 1.592.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 199.000	$ 199.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 254.800	$ 254.800
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 16.700	$ 16.700
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	$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Dependientes hasta $ 1.216.128	$ 398.000	
Salud hasta $ 608.064	$ -	
Renta Exenta 25% $ 9.120.960	$ 782.050	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.346.150,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.526.200,00	
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	19.900,00	0,500%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Pro-Universidad	0,00	0,000%
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	**$ 3.960.100,00**	

SON: TRES MILLONES NOVECIENTOS SESENTA MIL CIEN PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

DURANTE EL MES DE OCTUBRE SE IMPARTIÓ FORMACION EN LOS PROGRAMAS DE FORMACIÓN COMPLEMENTARIA PARA LOS SIGUIENTES CURSOS:
C.F. No.2640360 - MANEJO POSCOSECHA DE FRUTAS Y HORTALIZAS - MUNICIPIO: FALAN (8 HORAS)
C.F. No.2641346- ANALISIS DE LAS CARACTERISTICAS SENSORIALES DE CAFE MEDIANTE CATACION-MUNICIPIO: ROVIRA/VEREDA LA LIBERTAD (16 HORAS)
C.F. No.2657330 - EVALUACION DE LA CALIDAD SENSORIAL DEL CACAO - MUNICIPIO: FALAN (24 HORAS)
C.F. No.2657340 - MANEJO POSCOSECHA DE FRUTAS Y HORTALIZAS - MUNICIPIO: COYAIMA (32 HORAS)
C.F. No.2663633 - ELABORACION DE CONSERVAS DE FRUTAS Y HORTALIZAS - MUNICIPIO COYAIMA (32 HORAS)
C.F. No.2641338 - ELABORACION DE CONSERVAS DE FRUTAS Y HORTALIZAS - ROVIRA/VEREDA LA TOMA (8 HORAS)
C.F. No.2663631 - ELABORACION ARTESANAL DE PRODUCTOS DE CHOCOLATERIA FINA - MUNICIPIO: FALAN (40 HORAS)
TOTAL HORAS EJECUTADAS EN FORMACION DURANTE EL MES DE SEPTIEMBRE: (160 HORAS)

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.

JAMIT ARMANDO MONTENEGRO ORTIZ
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,

DIANA PENTALFA TABARES ROJAS
INSTRUCTOR G11

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

OSCAR ROLANDO CASTRO GUERRA
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 14399532	0	JAMIT ARMANDO MONTENEGRO ORTIZ	I	0	POSITIVA - 14-23	ÚNICA	7490	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO		EMAIL			EXENTO DE PARAFISCALES
73-1	MZ J CASA 4 VILLA VANESSA		3112240905		JAMITARMANDOM@GMAIL.COM			N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERIODO PENSIÓN	PERIODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERES X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2022-09	2022-09	8622419380	I	2022-09-21	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	470.500	0	AvVillas
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LIMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	8685230814	2022-09-30	Pagada							

EMPLEADO					NOVEDADES															DIAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN			Total	Exento de Parafiscales
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	EPST	AFPT	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot.	ARL	IBC	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.		
1	CC 14399532	MONTENEGRO ORTIZ JAMIT ARMANDO	1.592.000								X									0			30	30	0	30	COLPENSION ES-25-14	1.592.000	254.800	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	1.592.000	199.000	SIN CCF-SINCCF	0	0	1.592.000	16.700	0,01044	0	0	0	0	0	59	0	470.500	N

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 14399532	0	JAMIT ARMANDO MONTENEGRO ORTIZ	I	0	POSITIVA - 14-23	ÚNICA	7490	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO		EMAIL			EXENTO DE PARAFISCALES
73-1	MZ J CASA 4 VILLA VANESSA		3112240905		JAMITARMANDOM@GMAIL.COM			N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERIODO PENSIÓN	PERIODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERES X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2022-09	2022-09	8622419380	I	2022-09-21	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	470.500	0	AvVillas
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LIMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	8685230814	2022-09-30	Pagada							

TOTALES IBC				
IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
1.592.000	1.592.000	1.592.000	0	0

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 1)				1	254.800	0	0	0	254.800
COLPENSIONES	25-14	900336004	7	1	254.800	0	0	0	254.800
EPS(Administradoras: 1)				1	199.000	0	0	0	199.000
NUEVA E.P.S. S.A.	EPS037	900156264	2	1	199.000	0	0	0	199.000
ARP(Administradoras: 1)				1	16.700	0	0	0	16.700
POSITIVA	14-23	860011153	6	1	16.700	0	0	0	16.700
Gran Total					470.500	0	0	0	470.500

ASOPAGOS
s.a.

PAGADO

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Ibagué, 12 de 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:

T.I.	**1107988657**	**ABBY LOANNE MONTENEGRO MORALES**	**HIJO**
T.I	**1107986478**	**LORIAN ARIANA MONTENEGRO MORALES**	**HIJO**

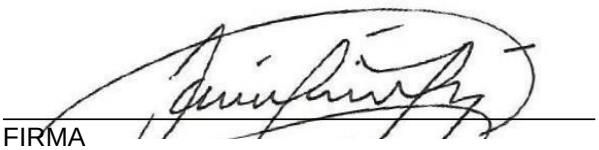
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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:___**JAMIT ARMANDO MONTENEGRO ORTIZ**__

C.C. __**14.399.532 DE IBAGUE**___

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1107988657

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 55288200

55288200

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número 03 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ **Código** 168

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

COLOMBIA TOLIMA IBAGUE

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MONTENEGRO	MORALES

Nombre(s)

ABBY LOANNE

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2017 Mes JUN Día 28	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	17186468-6

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

MORALES CRUZ NORMA CONSTANZA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 65765141 de IBAGUE TOLIMA	COLOMBIANO

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

MONTENEGRO ORTIZ JAMIT ARMANDO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 14299352 de IBAGUE TOLIMA	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

MORALES CRUZ NORMA CONSTANZA

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 65765141 de IBAGUE TOLIMA	

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 07 Día 11	TERESA DE JESUS ALDANA ORTIZ Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	TERESA DE JESUS ALDANA ORTIZ Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS TOMO 81 FOLIO 225

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

IMPRESO POR PANAMERICANA FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800.175.457-5 TEL. 430 2110

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1107986478

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 56203011

56203011

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [ ] Notaria [X] Número [06] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** [T68]

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

COLOMBIA-TOLIMA-IBAGUE

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MONTENEGRO	MORALES

Nombre(s)

LORIAN ARIANNA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2015 Mes JUN Día 23	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	52732413-8

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

MORALES CRUZ NORMA CONSTANZA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 65765141 de IBAGUE TOLIMA	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

MONTENEGRO ORTIZ JAMIT ARMANDO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 14399532 de IBAGUE TOLIMA	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

MORALES CRUZ NORMA CONSTANZA

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 65765141 de IBAGUE TOLIMA	

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 2015 Mes JUN Día 23	TERESA DE JESUS ALDANA ORTIZ Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -