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 DISTRITO CAPITAL
CENTRO DE GESTION ADMINISTRATIVA-BTA D C - 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	**11**
Código Centro	**940410**
Fecha Elaboración	**Diciembre de 2022**
Versión	**MAYO 2022 - 2,22**
ID de Proceso	**50728-926375**
No. de documento	**651787**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	YEMAG HERNANDO MORALES OBANDO	**C.C.**	79.744.495	**IP/Nº de contacto**	16048
Correo electrónico contratista:	ymoralesob@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**		20195482536	
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:	3358191/2022			**Nº Compromiso SIIF**		**34922**	
Valor Total del Contrato	$ 41.606.772	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 2.106.672	**11**	**Del**	**01/12/2022**	**Al**	**16/12/2022**	**$ 2.106.672,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 0		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn 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

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.106.672		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	**$ 2.106.672**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.093.003**		**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	----------	**1051070205**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.000.000	$ 1.580.004
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 125.000	$ 197.600
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 160.000	$ 252.900
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 5.300	$ 8.300
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	$ 576.695	
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	$ 210.667	
Salud hasta $ 608.064	$ -	
Renta Exenta 25% $ 9.120.960	$ 258.578	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	1.093.003,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	1.821.672,00	
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 - 8299	17.597,00	0,966%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	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	**$ 2.089.075,00**	

SON: DOS MILLONES OCHENTA Y NUEVE MIL SETENTA Y CINCO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Orientar Formación Profesional Integral a los aprendices según programación de fichas.
Acompañamiento a los aprendices en el desarrollo de procesos formativos y/o productivos.
Actualizar contenidos y tecnologías en las diversas competencias del programa de formación.
Elaboración y entrega de formatos y documentos requeridos en el proceso académico administrativo.

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.

YEMAG HERNANDO MORALES OBANDO
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,

ADRIANA PATRICIA BALLEN SUAREZ
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

WAINE ANTONY TRIANA ALBIS
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

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	2022-12-16, 10:26:37 AM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	noviembre de 2022
Periodo de Cotización Para Salud	noviembre de 2022
Empresa	YEMAG HERNANDO MORALES OBANDO
CEDULA CIUDADANIA	CC 79744495
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1051070205
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	1815220615
Banco	(1007) - BANCOLOMBIA
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 Intéreses Mora
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	$ 252.900	$ 0
N800251440	EPS005	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS 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

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 13 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.	**1033106443**	**NICOLE JULIANA MORALES SÁENZ**	**HIJO**
NUIP	**1033121422**	**ELIETTE CAMILA MORALES SÁENZ**	**HIJO**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad
- 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 YEMAG HERNANDO MOARLES OBANDO

C.C. 79.744.495 de Bogotá.

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1033106443

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 43675644

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 60 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 1088

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. **********

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MORALES **********	SAENZ **********

Nombre(s)

NICOLE JULIANA **********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2009 Mes SEP Día 23	FEMENINO	"O"	POSITIVO

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. **********

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO **********	52203100-3

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

SANEZ MANJARRES DAMARIS ALEXANDRA **********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.No.53,074,339 DE BOGOTA **********	COLOMBIANA ***

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

MORALES OBANDO YEMAG HERNANDO **********

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.No.79,744,495 DE BOGOTA **********	COLOMBIANA ***

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

MORALES OBANDO YEMAG HERNANDO **********

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C.No.79,744,495 DE BOGOTA **********	

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 2009 Mes SEP Día 26	MARIA INES CASTRO DE ARIZA Nombre y firma

IMPRESO POR BARRADAMUP S.A. NIT. 800.813.711-3 10282 10-2009

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Generated by CamScanner from intsig.com

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1033121422

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 59401493

59401493

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría X Número 60 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código 10 6 8

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

********COLOMBIA *** CUNDINAMARCA *** BOGOTA D.C. * NOTARIA 60**********

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MORALES**********	SAENZ**********

Nombre(s)

ELIETTE CAMILA**********

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor Rh
Año 2018 Mes MAY Día 07	FEMENINO	O	POSITIVO

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

**********COLOMBIA ******* CUNDINAMARCA ******* BOGOTA D.C.**********

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO**********	14646753-9********

Datos de la 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

SAENZ MANJARRES DAMARIS ALEXANDRA**********

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 53074339 DE BOGOTA D.C. **********	COLOMBIANA********

Datos de la 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 segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

MORALES OBANDO YEMAG HERNANDO**********

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 79744495 DE BOGOTA D.C.**********	COLOMBIANA********

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

MORALES OBANDO YEMAG HERNANDO**********

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
C.C. No. 79744495 DE BOGOTA D.C.**********	

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 2018 Mes MAY Día 16	HENRY CADENA FRANCO Nombre y firma

Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
********** Firma	********** Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Banco Caja Social
Su banco amigo.

UNA EMPRESA DE FUNDACIÓN GRUPO SOCIAL

Movimientos Consolidados Año 2021

Señor(a)
YEMAG HERNAND MORALES OBANDO
KR 55 A 188 80 CA 59
MIRANDELA
BOGOTA BOGOTA D.C.

059650

Información Confidencial
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Cuando usted decide ahorrar, su futuro es el progreso.

Fogafín | Producto protegido por el Seguro de Depósitos

Convierta su ahorro en lo que quiera con el Banco Caja Social, porque contamos con un amplio portafolio para cualquiera que sea su necesidad.

Cuentas de ahorro sin costo
Cuentas para transar

Encuentre su mejor opción de ahorro en:
bancocajasocial.com

Número de Crédito: 0132207885346

Día de Vencimiento: 16	Tasa: 12.00% EA

MOVIMIENTOS CONSOLIDADOS	UVR	PESOS
SALDO A 31 DE DICIEMBRE DE 2020	0.0000	62,604,607.51
ABONOS A CAPITAL AÑO 2021	0.0000	4,063,075.41
INTERESES CORRIENTES AÑO 2021	0.0000	6,920,344.09
INTERESES DE MORA	0.0000	27,379.90
SEGURO DE VIDA		313,777.00
SEGURO DE INCENDIO		487,940.00
SEGURO DE TERREMOTO		438,692.00
SEGURO DE DESEMPLEO		0.00
COMISIÓN FNG		0.00
SALDO A 31 DE DICIEMBRE DE 2021	**0.0000**	**58,541,532.10**

Línea Amiga

En Bogotá: (601) 307 7060
Desde otras ciudades: 01 8000 91 10 38
Desde celular: #233

Información Importante

1.Banco Caja Social NIT. 860.007.335-4 informa que la Defensoría del Cliente es ejercida por los Doctores José Guillermo Peña González (Defensor Principal) y Carlos Alfonso Cifuentes Neira (Defensor Suplente). Dirección: Av. 19 No. 114-09 Oficina 502, Bogotá D.C. Teléfonos (601) 2131322 - (601) 2131370. E-Mail: defensorbancocajasocial@pgabogados.com. Horario de atención de Lunes a viernes de 8:30 a.m. a 1:00 p.m. y de 2:00 p.m. a 5:30 p.m.

2.Por favor informar su inconformidad sobre el contenido del extracto a nuestros revisores fiscales PwC Contadores y Auditores Ltda., al correo revisoriafiscalbancocajasocial@fundaciongruposocial.co.

3. Si su crédito tuvo aplicación de un cambio de condiciones que haya generado la creación de un cargo diferido que recogía los valores de conceptos diferentes a capital, el valor mensual de este cargo hace parte de la cuota mensual actual.