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 ANTIOQUIA
CENTRO DE TECNOLOGIA DE LA MANUFACTURA AVANZADA - ANTIOQUIA -SERVICIOS
Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1
Resoluciòn DIAN Nº 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)

Código Regional	**5**
Código Centro	**920410**
Fecha Elaboración	**Abril de 2021**
Versión	**ENERO 2021 - 1,21**
ID de Proceso	**79572-525579**
No. de documento	**54901**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	OMAR DARIO NARANJO OCAMPO	**C.C.**	15.507.045	**IP/Nº de contacto**	43372
Correo electrónico contratista:	onaranjo@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 2020 Superaron $49'849.000	NO	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**		SI	
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		10132882508	
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 2021 supera los $ 119´806.000**		NO			

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato:	2229473/2021			**Nº Compromiso SIIF**		**16721**	
Valor Total del Contrato	$ 33.766.090	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 27.800.747	**3**	**Del**	**01/04/2021**	**Al**	**30/04/2021**	**$ 3.376.609,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 24.424.138		Comisiones			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR PARA ATENDER LOS PROGRAMAS DE LA FORMACIÒN PROFESIONAL DE LA CADENA DE AUTOMOTRIZ DE ACUERDO CON LOS REQUERIMIENTOS DEL ÀREA QUE SE IMPARTE

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.376.609		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0		Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 3.376.609**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.990.386**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Abril	**Marzo**
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**4383700742**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.350.644	$ 1.350.644
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 168.900	$ 168.900
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 216.200	$ 216.200
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL III	$ 33.000	$ 33.000
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 $ 3.630.800	$ -	
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 $ 1.161.856	$ 337.661	
Salud hasta $ 580.928	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 663.462	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	1.990.386,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	2.991.509,00	
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	0,00	0,000%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Jaime Isaza Cadavid	13.506,00	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	**$ 3.363.103,00**	

SON: TRES MILLONES TRESCIENTOS SESENTA Y TRES MIL CIENTO TRES PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

-Controle e hice seguimiento a actividades de los aprendices garantizando las buenas prácticas ambientales y de SST.
-Elabore el portafolio del instructor y del aprendiz: Ficha 1964263 según procedimiento del SIG de la Calidad
-Cumplí con la carga académica de la formación Titulada y Complementaria asignada por la coordinación.
-Dirigí y ejecute las actividades de mantenimiento correctivo automotriz a las aulas móviles de la regional Antioquia.
-Desarrolle en el periodo la elaboración de guías de aprendizaje y realice la planeación pedagógica de la competencia 280601026
-Se ejecuto la selección y entrenamiento de los aprendices candidatos a la prueba nacional WORLD SKILL.

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.



OMAR DARIO NARANJO OCAMPO
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,

FERNANDO GARCIA LOPEZ
INSTRUCTOR G07

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

GUSTAVO LOPEZ DE MESA GUTIERREZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	15507045
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:		OMAR DARIO NARANJO OCAMPO NARANJO OCAMPO NARANJO OCAMPO	
CIUDAD/MUNICIPIO:	MEDELLIN	DEPARTAMENTO:	ANTIOQUIA
DIRECCIÓN:	CARRERA 71A 92-45 301	TELÉFONO:	5886710
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			**4383700742**	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	marzo	AÑO 2021	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	marzo	AÑO 2021
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2021/03/30	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			9994491599

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 215.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 215.300	$ 0	$ 215.300
SUBTOTALES:										**$ 215.300**	**$ 0**	**$ 215.300**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 168.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 168.200	$ 0	$ 0	$ 168.200
SUBTOTALES:													**$ 168.200**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 168.200**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 32.800	$ 32.800	$ 0	$ 0	$ 32.800
SUBTOTALES:									**$ 32.800**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 32.800**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																		SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES						
																											PENSIÓN								SALUD							ARP														
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 15507045	NARANJO OCAMPO OMAR DARIO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.345.600				NO																		25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.345.600	$ 215.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 215.300	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 1.345.600	$ 168.200	$ 0	$ 168.200	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.345.600	15507045	$ 32.800		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 416.300**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	15507045
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:		OMAR DARIO NARANJO OCAMPO NARANJO OCAMPO NARANJO OCAMPO	
CIUDAD/MUNICIPIO:	MEDELLIN	DEPARTAMENTO:	ANTIOQUIA
DIRECCIÓN:	CARRERA 71A 92-45 301	TELÉFONO:	5886710
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA							
NÚMERO PLANILLA:			**4385689134**	TIPO DE PLANILLA:			N-CORRECCIONES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	marzo	AÑO 2021	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	marzo	AÑO 2021
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2021/04/12	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			9994700006
NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:			4383700742	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:			2021/03/30

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 900	$ 0	$ 900
SUBTOTALES:										**$ 900**	**$ 0**	**$ 900**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 700	$ 0	$ 0	$ 700
SUBTOTALES:													**$ 700**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 700**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 200	$ 200	$ 0	$ 0	$ 200
SUBTOTALES:									**$ 200**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 200**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																								PARAFISCALES													
																												PENSIÓN									SALUD							ARP																															
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 15507045	NARANJO OCAMPO OMAR DARIO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.345.600				NO							A											25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.345.600	$ 215.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 215.300	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 1.345.600	$ 168.200	$ 0	$ 168.200	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.345.600	15507045	$ 32.800		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	CC 15507045	NARANJO OCAMPO OMAR DARIO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.351.000				NO							C											25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.351.000	$ 216.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 216.200	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 1.351.000	$ 168.900	$ 0	$ 168.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.351.000	15507045	$ 33.000		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	CC 15507045	NARANJO OCAMPO OMAR DARIO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.351.000				NO							R											25-14 COLPENSIONES	0	$ 5.400	$ 900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 900	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	0	$ 5.400	$ 700	$ 0	$ 700	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	0	$ 5.400	15507045	$ 200		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 1.800**

CERTIFICACION DEPENDIENTES.

Medellín, 30 de Abril de 2021.

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 empleado contribuyente y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el parágrafo cuarto del artículo segundo del Decreto 0099 de 2013, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

NUIP - NIP	**1000412084**	**Esteban Naranjo Cruz**	**HIJO**

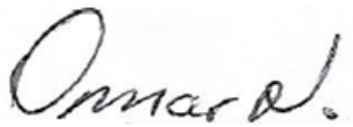
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Hijo entre 18 y 23 años, y me encuentro financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES ' o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados

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: Omar Darío Naranjo Ocampo
C.C: 15507045 de Copacabana.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.000.412.084**

NARANJO CRUZ

APELLIDOS

ESTEBAN

NOMBRES

Esteban Naranjo

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **07-DIC-2001**

MEDELLIN
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.63 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **M** SEXO

09-DIC-2019 MEDELLIN

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-0100100-01118348-M-1000412084-20191210 **00692**17257A 1 8500115437