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 VALLE
CENTRO DE TECNOLOGIAS AGROINDUSTRIALES-VALLE - EMPRENDE RURAL
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	**76**
Código Centro	**954310**
Fecha Elaboración	**Diciembre de 2021**
Versión	**JUNIO 2021 - 3,21**
ID de Proceso	**17737-167230**
No. de documento	**322912**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	RAUL EDUARDO ANDRADE DE LA CRUZ	**C.C.**	94.386.661	**IP/Nº de contacto**	23605
Correo electrónico contratista:	raulagricolas@gmail.com				

Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Pertenece al régimen simple de tributación?**	NO	**Es declarante de renta?**	NO	**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**		76224943233	
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:	2849504/2021			**Nº Compromiso SIIF**		**80921**	
Valor Total del Contrato	$ 10.284.500	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 5.360.000	**3**	**Del**	**01/11/2021**	**Al**	**30/11/2021**	**$ 3.350.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 2.010.000		Legalización comisiones del periodo			$ 92.574,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTORES: CO1.PCCNTR.2849504 PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR TÉCNICO Y APOYO A LA GESTIÓN DEL EMPRENDIMIENTO Y/O LA EMPLEABILIDAD RURAL, EN LA MODALIDAD PRESENCIAL Y/O A DISTANCIA, ENMARCADA EN LOS LINEAMI

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.350.000		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	**$ 3.350.000**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.974.825**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Noviembre	**Octubre**
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**7821028614**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.340.000	$ 1.340.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 167.500	$ 167.500
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 214.400	$ 214.400
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 7.000	$ 7.000
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	$ 335.000	
Salud hasta $ 580.928	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 658.275	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	1.974.825,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	2.968.100,00	
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 - 8523	5.936,00	0,200%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Pro-UCEVA	16.750,00	0,500%
Universidad del Pacífico	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	**$ 3.327.314,00**	

SON: TRES MILLONES TRESCIENTOS VEINTISIETE MIL TRESCIENTOS CATORCE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Apoyo ficha no. 2284717. Producción de Huevos. jovenes campesinos emprendedores.
Apoyo ficha no. 2284125. Emprendedores en Agricultura Urbana. jovenes Vulnerables.
Apoyo ficha no. 2284137. Emprendedores en Producción de Plantas aromaticas medicinales.
Apoyo ficha no. 2405867. Emprendedores en Agricultura Urbana, población de primera linea.
Apoyo ficha no. 2360675. Fortalecimiento en Pos-cosecha del Aguacate Hass. mujeres rurales cabeza de familia.
Oferta de formaciones comunidad indigena Nasa. Vereda Bajo Chorreras, Bugalagrande Valle.
Grabación, edición y producción de video Comunidades Indigenas y jovenes vulnerables.
Apertura de ficha 2459821 fortalecimiento den BPA.
Gestión de apertura de la formación en Elaboración de Bio-abonos solidos.

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.

RAUL EDUARDO ANDRADE DE LA CRUZ
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,

JOSE GABRIEL GARAVITO APONTE
INSTRUCTOR G20

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

GERARDO AUGUSTO CASTRO MUÑOZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	94386661
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			RAUL EDUARDO ANDRADE DE LA CRUZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOLIVAR	DEPARTAMENTO:	VALLE
DIRECCIÓN:	CL 7 2 - 28	TELÉFONO:	4749748
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7821028614**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS:	MES:	octubre	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES:	octubre
	AÑO:	2021		AÑO:	2021
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2021/12/20	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1251987378

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	$ 214.400
SUBTOTAL:			1	**$ 214.400**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
805000427	EPS016	EPS016-COOMEVA S.A.	1	$ 167.500
SUBTOTAL:			1	**$ 167.500**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 7.000
SUBTOTAL:			1	**$ 7.000**

TOTAL PAGADO:	**$ 388.900**

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Cartago, Diciembre del 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 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	**1117032173**	**MARIAN ANDRADE MUÑOZ**	**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 (DIJITAL)

Nombre: RAUL EDUARDO ANDRADE DE LA CRUZ

C.C. 94.386.661. DE BOLÍVAR VALLE

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1.117.032.173

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 55171937

55171937

- ORIGINAL: PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número 01 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código W7 A

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/e Inspección de Policía: COLOMBIA - VALLE - TULUA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ANDRADE	MUÑOZ

Nombre(s): MARIAN

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2017 Mes MAR Día 13	FEMENINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/e Inspección): COLOMBIA - VALLE - TULUA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO NACIDO VIVO	13446377-1

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: MUÑOZ CIGERY SANDRA PATRICIA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 41.181.898 SIBUNDOY	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: ANDRADE DE LA CRUZ RAUL EDUARDO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 94.386.661 BOLIVAR	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: ANDRADE DE LA CRUZ RAUL EDUARDO

Documento de identificación (Clase y número): CC 94.386.661 BOLIVAR

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 MAR Día 14	ROSA ADIELA CASTRO PRADO Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	ROSA ADIELA CASTRO PRADO Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

Enmendado: ANDRADE "SI VALE"

República de Colombia
LA NOTARIA PRIMERA DE TULUÁ
CERTIFICA
que la presente partida es fiel y autentica copia de su original, que reposa en esta Notaria obra al libro 493 folio 55171937 que el suscrito ha tenido a la vista.
VALIDO PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES. Ley 29 de 1975
Tuluá, 05 FEB 2018

Rosa Adiela Castro Prado
Notaria Primera de Tulua (V).

REPÚBLICA DE COLOMBIA
ROSA ADIELA CASTRO PRADO
NOTARÍA PRIMERA DE TULUÁ

EN BLANCO
NOTARIA PRIMERA DE TULUÁ

FORMATO INFORME LEGALIZACION DESPLAZAMIENTO – CONTRATISTA

CIUDAD Y FECHA CARTAGO 3 NOVIEMBRE DE 2021		
PRESENTADO A: GERARDO AUGUSTO CASTRO MUÑOZ - SUB-DIRECTOR DEL CENTRO		
ORDEN DE VIAJE No: **54421**	**FECHA DE INICIO:**	**FECHA DE FINALIZACION:**
	29 DE OCTUBRE - 2021	29 DE OCTUBRE - 2021
LUGAR A DONDE REALIZÓEL DESPLAZAMIENTO	**REGIONAL / CENTRO DE FORMACION**	**OTRA: (ciudad)**
	VALLE / UMATA	**ZARZAL**

OBJETIVO DEL DESPLAZAMIENTO: Apoyo trabajo de campo con el Instructor Alcibíades López en formación ponedoras

ACTIVIDADES DESARROLLADAS:

1. Apoyo trabajo de campo en la formación de ponedoras con el Instructor Alcibíades López

RESULTADOS:

Se realizó el cumplimiento de la visita y realizando los objetivos logrando los logros

EVIDENCIAS O SOPORTES: **Enuncie los archivos que soportan estos resultados y anexe lo correspondiente en este Informe**

1. Registro fotográfico
2. Lista de asistencia

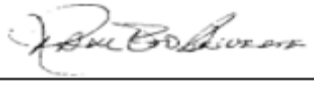
COMPROMISOS

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA
1. Enfocar esfuerzos conjuntos en la ampliación y fortalecimiento de la información de la producción de huevos orgánicos	MIEMBROS DE LA FORMACION	NOVIEMBRE/ 2021

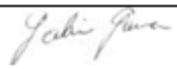
CONCLUSIÓNES:

1. Se realizó la formación de acuerdo al objetivo que se planteó con las Mujeres y Hombres Cabeza de Hogar – Campesinos

DATOS DEL CONTRATISTA

NOMBRE Y APELLIDO	FIRMA
Raúl Eduardo Andrade	

VISTO BUENO SUPERVISOR

CARGO DEL SUPERVISOR	NOMBRE Y APELLIDO SUPERVISOR	FIRMA
Supervisor	JOSE GABRIEL GARAVITO APONTE	


SENA EMPRENDE RURAL

