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 SERVICIOS FINANCIEROS-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** | **940510** |
| **Fecha Elaboración** | **Marzo de 2022** |
| **Versión** | **ENERO 2022 - 1,22** |
| **ID de Proceso** | **39100-468733** |
| **No. de documento** | **376930** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | EDWARD ERNESTO MARIN TORRES | **C.C.** | 79.574.485 | **IP/Nº de contacto** | 3004614283 |
| **Correo electrónico contratista:** | eemarin@sena.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:** | ITAÚ CORPBANCA COLOMBIA | **Tipo de cta** | AHORROS | **Nº Cuenta** | | 720138031 | |
| **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:** | 3369339/2022 | | | **Nº Compromiso SIIF** | | **32222** | |
| **Valor Total del Contrato** | $ 32.912.750 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 27.982.500 | **3** | **Del** | **01/03/2022** | **Al** | **31/03/2022** | **$ 3.997.500,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 23.985.000 | | Legalización comisiones del periodo | | | $ 0,00 | |

**OBJETO CONTRACTUAL:**
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCCTOR: PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE MANERA AUTÓNOMA E INDEPENDIENTE, PARA FORMAR EN COMPETENCIAS TÉCNICAS A TRAVÉS DE HERRAMIENTAS PEDAGÓGICAS EN LOS PROGRAMAS DE MODALIDAD PRESENCIAL DE LA RED DE CONOCIMIENTO DE GESTIÓN ADMINISTRATIV

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 3.997.500 | | 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** | **$ 3.997.500** | | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 2.401.988** | | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

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

| | **Marzo** | **Febrero** |
|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | ---------- | **9432250350** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 1.385.800 | $ 1.385.800 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 173.300 | $ 173.300 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 221.800 | $ 221.800 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 |
| ARL I | $ 7.300 | $ 7.300 |
| 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 | $ - | |
| 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 | $ 399.750 | |
| Salud hasta $ 608.064 | $ - | |
| Renta Exenta 25% $ 9.120.960 | $ 800.663 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Valor Base retención en la fuente | 2.401.988,00 | TARIFA |
| Valor Base retención en la fuente ICA | 3.602.400,00 | |
| 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 | 34.799,00 | 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** | **$ 3.962.701,00** | |

**SON: TRES MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y DOS MIL SETECIENTOS UN PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

OBLIGACIÓN: 1 Los soportes del seguimiento están registrados en: Share Point de etapa productiva, Evidencias de Talleres. Actas de visitas, Correo institucional, Enlace ubicación de las evidencias: https://sena4.sharepoint.com/sites/EtapaProductivaCSF2022
OBLIGACIÓN: 4 Los soportes del seguimiento están registrados en: Share Point de etapa productiva, Evidencias de Talleres. Actas de visitas, Correo institucional, Enlace ubicación de las evidencias: https://sena4.sharepoint.com/sites/EtapaProductivaCSF2021
OBLIGACIÓN: 6 Los soportes del seguimiento están registrados en: Share Point de etapa productiva, Evidencias de Talleres. Actas de visitas, Correo institucional, Enlace ubicación de las evidencias: https://sena4.sharepoint.com/sites/EtapaProductivaCSF2021
BLIGACIÓN: 7 Los soportes del seguimiento están registrados en: Share Point de etapa productiva, Evidencias de Talleres. Actas de Enlace ubicación de las evidencias: https://sena4.sharepoint.com/sites/EtapaProductivaCSF2022

**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.

**EDWARD ERNESTO MARIN TORRES**
**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,

**JUAN CAMILO PULGARIN VANEGAS**
**INSTRUCTOR G08**

**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**

**MIREYA PARRA PINTO**
**SUBDIRECTORA DE CENTRO G02**

aportes en línea

# Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 79574485 | | MARIN TORRES EDWARD ERNESTO | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | SICLL 55A 85 A 21 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 5555555 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2022-02 | 2022-02 | 27779567 | 9432250350 | I | 2022/03/18 | 2022/03/15 | BANCO AV VILLAS | 0 | $464,400 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | | Nombre | ing | ret | tde | tae | tdp | tap | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte | Exonerado SENA e ICBF | Total Aportes |
| 1 | CC | 79574485 | MARIN EDWARD | | | | | | | X | | | | | | | | | | | 25-14 | 30 | $1,600,000 | $256,000 | EPS008 | 30 | $1,600,000 | $200,000 | | 0 | $0 | $0 | 14-23 | 30 | $1,600,000 | $8,400 | 0 | $0 | $0 | No | $464,400 |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $1,600,000 | $256,000 | | | $1,600,000 | $200,000 | | | $0 | $0 | | | $1,600,000 | $8,400 | | $0 | $0 | | $464,400 |

aportes en línea

# Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 79574485 | | MARIN TORRES EDWARD ERNESTO | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | SICLL 55A 85 A 21 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 5555555 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2022-02 | 2022-02 | 27779567 | 9432250350 | I | 2022/03/18 | 2022/03/15 | BANCO AV VILLAS | 0 | $464,400 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $256,000 | $0 | $0 | $256,000 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 1 | $256,000 | $0 | $0 | $256,000 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $8,400 | $0 | $0 | $8,400 |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 1 | $8,400 | $0 | $0 | $8,400 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $200,000 | $0 | $0 | $200,000 |
| COMPENSAR | EPS008 | 860,066,942 | 7 | 1 | $200,000 | $0 | $0 | $200,000 |
| TOTAL | | | | 1 | $464,400 | $0 | $0 | $464,400 |

*CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS*

Bogotá, 15 de marzo 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:

| | | | |
|---|---|---|---|
| **C.C.** | **1000382800** | **CRISTIAN SANTIAGO MARIN MAYORGA** | **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: EDWARD MARIN TORRES

C.C. 79574485

Bogotá D.C., 15/ marzo/2022

Señores
**Grupo de Apoyo Administrativo Mixto o Gestión de Talento Humano**
**Servicio Nacional de Aprendizaje SENA**
**Regional Distrito Capital**

Ciudad

Asunto: Solicitud deducible retención en fuente por dependientes

Estimados señores:

Con la presente solicito que de acuerdo con el Articulo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el Artículo 2º. Párrafo 3ro. del Decreto 099 del 2013, se tenga en cuenta como deducible de mis ingresos brutos provenientes de la relación laboral por el concepto de dependientes, los cuales relaciono a continuación:

| **Apellidos y Nombre** | **Documento Identidad** | **Calidad del Dependiente**<br>**1. Hijos menores 18 años.**<br>**2. Hijos estudiantes entre 18 y 23 años.**<br>**3. Hijos mayores a 18 años con dependencia por factores físicos o psicológicos.**<br>**4. Cónyuge con ingresos inferiores a 260 UVT o dependencia por factores físicos o psicológicos.**<br>**5. Padres o hermanos con ingresos inferiores a 260 UVT o dependencia por factores físicos o psicológicos.** |
|---|---|---|
| Marín Mayorga Cristian Santiago | 1000382800 | 2. Hijos estudiantes entre 18 y 23 años. |

Certifico bajo la gravedad de juramento la información consignada en esta solicitud y me comprometo a enviar solicitud de revocación de aplicación del deducible por dependientes en el caso en que cesen las condiciones que dan origen a esta solicitud.

Cordialmente,



***EDWARD MARIN TORRES***
c.c. 79574485

Anexo: Relación de documentos que anexa el trabajador.

- Registro civil de nacimiento _CC_
- Certificado de estudios. _X__
- Certificado contador público. ____
- Certificado medicina legal. ____



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.000.382.800

MARIN MAYORGA

APELLIDOS

CRISTIAN SANTIAGO

NOMBRES

FIRMA







ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **28-MAY-2001**

**BOGOTA D.C**
**(CUNDINAMARCA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.75**
ESTATURA

**AB+**
G.S. RH

**M**
SEXO

**02-JUL-2019 BOGOTA D.C.**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-1500150-01092614-M-1000382800-20190812 **00672**51150A 1 52105707

# COMPROBANTE

| NIT | Medio de Pago | No. Transacción | No. Autorización/CUS | Fecha y Hora |
|---|---|---|---|---|
| 89999906331 | VISA 4916****0901 | 72398615 | 561358- | 04/10/2021 |

Razón Social: **UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA SEDE**

Usuario Pagador: **1000382800**

Descripción del Pago: **200120050 - FISIOTERAPIA**

Dirección IP: **186.155.96.90**

Total Pagado **$259,936.00**

| Descripción | Cantidad | Valor Pagado | Valor Servicio |
|---|---|---|---|
| 200120050 - FISIOTERAPIA | 1 | $259,936.00 | COP$259,936.00 |

ecollect
Seguro para ti

| NIT | Medio de Pago | No. Transacción | No. Autorización/CUS | Fecha y Hora |
|---|---|---|---|---|
| **89999906331** | **VISA 4916****0901** | **72398615** | **561358-** | **04/10/2021** |

**Número de Identificación**

1000382800

**Id Recibo Pago**

2021690020

**Referencia de Recibo de Pago**

2550

ecollect
Seguro para ti

**LA SECRETARIA DE FACULTAD**

**CERTIFICA**

Que **CRISTIAN SANTIAGO MARIN MAYORGA,** con Cédula Nº 1000382800, se encuentra matriculado(a) en el Plan de Estudios **FISIOTERAPIA** en el segundo periodo académico 2021 que finaliza el 06 de marzo de 2022.

Tiene inscritas 5 asignaturas, que cursa en jornada diurna de tiempo completo y suman 14 créditos. Presenta un 8,4 % de avance en los créditos que contempla el plan de estudios con 1 matrícula(s).

Se expide este certificado a solicitud del (la) interesado(a) en la ciudad de Bogotá D.C., a los quince (15) días del mes de febrero del año dos mil veintidós (2022) .

**LILIANA ISABEL NEIRA TORRES**
Secretaria de Facultad
FACULTAD DE MEDICINA

Código de Verificación: 255000010462056098802

Crédito: unidad que mide el tiempo que el estudiante requiere para cumplir a cabalidad los objetivos de formación de cada asignatura y equivale a 48 horas de trabajo del estudiante en un período académico (Artículo 6 del acuerdo 033 de 2007 del CSU).
El original de este documento es electrónico y se encuentra firmado digitalmente en cumplimiento a lo establecido en la ley 527 de 1999. Verifique su autenticidad ingresando a http://dninfoa.unal.edu.co, mediante el servicio: Verificación Certificados Digitales.



Patrimonio
de todos
los colombianos