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 GUAVIARE**
**CENTRO DE DESARROLLO AGROINDUSTR, TURISTICO Y TECNOLOG DEL GUAVIARE- SERVCIOS PRE**
**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 | 95 |
| Código Centro | 953310 |
| Fecha Elaboración | Octubre de 2022 |
| Versión | MAYO 2022 - 2,22 |
| ID de Proceso | 59252-095046 |
| No. de documento | 576968 |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Nombres y apellidos contratista: / Correo electrónico contratista: | MARISOL CASTELLANOS DURANGO mcastellanosd@sena.edu.co | C.C. | 41.937.153 | IP/Nº de contacto | 83521 |
| 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 | 82870734863 |
| 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: | 3433927/2022 | Nº Compromiso SIIF | 10322 | | |
| Valor Total del Contrato | $ 34.907.924 | N ° Pago | Periodo objeto de pago | | Valor Bruto Pago |
| Saldo Anterior del Contrato | $ 8.479.212 | 9 | Del 01/10/2022 | Al 31/10/2022 | $ 3.303.589,00 |
| Nuevo Saldo del Contrato | $ 5.175.623 | | Legalización comisiones del periodo | $ 0,00 | |

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

INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES TEMPORAL COMO INSTRUCTOR, PARA ORIENTAR FORMACIÓN TITULADA Y COMPLEMENTARIA PRESENCIAL EN EL ÁREA DE SALUD-SERVICIOS FARMACÉUTICOS QUE IMPARTE EL CDATTG, EN GUAVIARE Y SUR META. RADICADO NO.95-9-2022-000232.

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 3.303.589 | 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** | **$ 3.303.589** | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 1.947.398** | **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 | --------- | 9440591415 |
| Ingreso Base de Cotización - IBC | $ 1.321.436 | $ 1.321.436 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 165.200 | $ 165.200 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 211.500 | $ 211.500 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 |
| ARL III | $ 32.200 | $ 32.200 |
| 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 | $ 330.359 | |
| Salud hasta $ 608.064 | $ - | |
| Renta Exenta 25% $ 9.120.960 | $ 649.133 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Valor Base retención en la fuente | 1.947.398,00 | TARIFA |
| Valor Base retención en la fuente ICA | 2.926.889,00 | |
| 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 | |
| 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** | **$ 3.303.589,00** | |

**SON: TRES MILLONES TRESCIENTOS TRES MIL QUINIENTOS OCHENTA Y NUEVE PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

1. FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL TÉCNICO EN SERVICIOS FARMACÉUTICOS FICHA: 2428713
2. FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL TÉCNICO EN ENFERMERIA FICHA: 2560278
3. SEGUIMIENTO ETAPAS PRODUCTIVAS FICHA: 1883252
4. DESARROLLO CURRICULAR
5. FORMACION COMPLEMENTARIA FACTURACION EN LOS SERVICIOS DE SALUD 360
6. ACTIVIDADES CON CAMARA HIPERBARICA
7. ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS

**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.

Marisol Castellanos Durango

**MARISOL CASTELLANOS DURANGO**
**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,

**NANCY GIANNINI VELASCO CARVAJAL**
**INSTRUCTOR**

**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**

aportes en línea

# Resumen General de Pago

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 41937153 | | CASTELLANOS DURANGO MARISOL | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | cra 24 962 | SAN JOSE DEL GUAVIARE-GUAVIARE | 1111111 | No |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2022-10 | 2022-10 | 1690923936 | 9440591415 | I | 2022/11/15 | 2022/10/05 | BANCOLOMBIA | 0 | $423,700 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | | Nombres | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte |
| 1 | CC | 41937153 | CASTELLANOS MARISOL | 230301 | 30 | $1,369,200 | $219,100 | EPS037 | 30 | $1,369,200 | $171,200 | | 0 | $0 | $0 | 14-23 | 30 | $1,369,200 | $33,400 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | | **$1,369,200** | **$219,100** | | | **$1,369,200** | **$171,200** | | | **$0** | **$0** | | | **$1,369,200** | **$33,400** | | **$0** | **$0** |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $219,100 | $0 | $0 | $219,100 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 1 | $219,100 | $0 | $0 | $219,100 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $33,400 | $0 | $0 | $33,400 |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 1 | $33,400 | $0 | $0 | $33,400 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $171,200 | $0 | $0 | $171,200 |
| NUEVA E.P.S. | EPS037 | 900,156,264 | 2 | 1 | $171,200 | $0 | $0 | $171,200 |
| TOTAL | | | | 1 | $423,700 | $0 | $0 | $423,700 |

2022/10/05 02:32 PM

aportes en línea

# Certificado de Aportes

Se certifica que CASTELLANOS DURANGO MARISOL identificado(a) con CC 41937153 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para MARISOL CASTELLANOS DURANGO identificado(a) con CC 41937153

| Clave Planilla | Clave Pago | Tipo Planilla | Fecha Pago | Riesgo | Código | Administradora | Concepto | Periodo | Días | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | IBC | Tarifa | Cotización |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | ing | ret | tde | tae | tdp | tap | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip | | | |
| 9440591415 | 1690923936 | I | 2022-10-05 | EPS | EPS037 | NUEVA E.P.S. | COTIZACIÓN OBLIGATORIA | 2022-10 | 30 | | | | | | | | | | | | | | | | | | $1,369,200 | 12.5% | $171,200 |
| 9440591415 | 1690923936 | I | 2022-10-05 | AFP | 230301 | PORVENIR | COTIZACIÓN OBLIGATORIA | 2022-10 | 30 | | | | | | | | | | | | | | | | | | $1,369,200 | 16% | $219,100 |
| 9440591415 | 1690923936 | I | 2022-10-05 | AFP | 230301 | PORVENIR | FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL | 2022-10 | 30 | | | | | | | | | | | | | | | | | | $1,369,200 | | $0 |
| 9440591415 | 1690923936 | I | 2022-10-05 | AFP | 230301 | SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA | SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA | 2022-10 | 30 | | | | | | | | | | | | | | | | | | $1,369,200 | | $0 |
| 9440591415 | 1690923936 | I | 2022-10-05 | AFP | 230301 | PORVENIR | COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR | 2022-10 | 30 | | | | | | | | | | | | | | | | | | $0 | 0% | $0 |
| 9440591415 | 1690923936 | I | 2022-10-05 | AFP | 230301 | PORVENIR | COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO | 2022-10 | 30 | | | | | | | | | | | | | | | | | | $0 | 0% | $0 |
| 9440591415 | 1690923936 | I | 2022-10-05 | ARL | 14-23 | POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | COTIZACIÓN OBLIGATORIA | 2022-10 | 30 | | | | | | | | | | | | | | | | | | $1,369,200 | 2.436% | $33,400 |

Este certificado se expide el día 2022-10-05 a las 03:12.

*CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS*

San José del Guaviare, 14 de octubre de 2022

Señores
**SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)**
San José Del Guaviare

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** | **1.120.564712** | **KEVIN SANTIAGO PRADA CASTELLANOS** | **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,

Marisol Castellanos Durango
FIRMA

Nombre: Marisol Castellanos Durango

C.C. 41.937153

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

NUIP 1120564712

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 39849035

**Datos de la oficina de registro - Clase de oficina**

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código X 2 R

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

REGISTRADURIA DE SAN JOSE DEL GUAVIARE COLOMBIA GUAVIARE SAN JOSE DE

**Datos del inscrito**

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| PRADA | CASTELLANOS |

Nombre(s)

KEVIN SANTIAGO

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo Sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2007 Mes ABR Día 07 | MASCULINO | O | + |

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

COLOMBIA GUAVIARE SAN JOSE DEL GUAVIARE

| Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO | A 7156678 |

**Datos de la madre**

Apellidos y nombres completos

CASTELLANOS DURANGO MARISOL

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CEDULA DE CIUDADANIA 0041937153 | COLOMBIA |

**Datos del padre**

Apellidos y nombres completos

PRADA RUIZ LISANDRO

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CEDULA DE CIUDADANIA 0086059191 | COLOMBIA |

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos

PRADA RUIZ LISANDRO

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| CEDULA DE CIUDADANIA 0086059191 | Lisandro Prada Ruiz |

**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 2007 Mes ABR Día 13 | NOREDY GISELA ROYERO SANCHEZ<br>Nombre y firma |

| Reconocimiento paterno | Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento |
|---|---|
| Lisandro Prada Ruiz<br>Firma | NOREDY GISELA ROYERO SANCHEZ<br>Nombre y Firma |

**ESPACIO PARA NOTAS**

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO—

Scanned by CamScanner