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 TOLIMA**
**DESPACHO REGIONAL-EMPRENDIMIENTO**
**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** | **73** |
| **Código Centro** | **101073** |
| **Fecha Elaboración** | **Noviembre de 2022** |
| **Versión** | **MAYO 2022 - 2,22** |
| **ID de Proceso** | **82807-921641** |
| **No. de documento** | **616248** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | MARCELINO SANDOVAL PRADA | **C.C.** | 1.105.672.352 | **IP/Nº de contacto** | 3134494466 |
| **Correo electrónico contratista:** | msandovalpr@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:** | BANCOLOMBIA | **Tipo de cta** | AHORROS | **Nº Cuenta** | | 03134494466 | |
| **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:** | 3280632/2022 | | | **Nº Compromiso SIIF** | | **4522** | |
| **Valor Total del Contrato** | $ 48.311.120 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 6.880.675 | **11** | **Del** | **01/11/2022** | **Al** | **30/11/2022** | **$ 4.391.920,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 2.488.755 | | Legalización comisiones del periodo | | | $ 0,00 | |

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

SERVICIOS PERSONALES: CO1.PCCNTR.3280632, PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO A LOS USUARIOS DE LOS CENTROS DE DESARROLLO EMPRESARIAL BAJO LA ESTRUCTURA DE LA RUTA DE EMPRENDIMIENTO SENA, PARA LA GESTIÓN Y CUMPLIMIENTO DE LOS PROGRAMAS DE EMPREN

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 4.391.920 | | 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** | **$ 4.391.920** | | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 2.589.021** | | **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** | ---------- | **8363140845** | Valor Base retención en la fuente | 2.589.021,00 | TARIFA |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 1.756.768 | $ 1.756.768 | Valor Base retención en la fuente ICA | 3.891.220,00 | |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 219.600 | $ 219.600 | Valor base IVA | 0,00 | |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 281.100 | $ 281.100 | IVA (Si es RESPONSABLE) | 0,00 | 19% |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 | Menos Retención en la Fuente | 0,00 | 0,00% |
| ARL I | $ 9.200 | $ 9.200 | Menos Retencion IVA | 0,00 | 15% |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias | $ - | | Reteica - 7010 | 15.372,00 | 0,350% |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC | $ - | | - | 0,00 | |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.522.064 | $ - | | - | 0,00 | |
| Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.800.400 | $ - | | - | 0,00 | |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ - | | Bomberos | 922,00 | 6,000% |
| Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ - | | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ - | | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Dependientes hasta $ 1.216.128 | $ 439.192 | | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Salud hasta $ 608.064 | $ - | | | | |
| Renta Exenta 25% $ 9.120.960 | $ 863.007 | | Descuentos de Libranza | 0,00 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | | Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| | | | **VALOR A PAGAR** | **$ 4.375.626,00** | |

**SON: CUATRO MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS VEINTISEIS PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Acompañamiento a diferentes eventos programados por la líder de emprendimiento
Empresas creadas OFF: 2
Empresas en Fortalecimiento: 2
Para este mes se da cumplimiento del 100% en las metas de OFF Y Fortalecimiento
Asesoría a proyectos en etapa de puesta en marcha (AQUAGRANJA DEL TOLIMA Y VICAFE83)

**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.

**MARCELINO SANDOVAL PRADA**
**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,

**HENRY ALBERTO HERRERA LAVERDE**
**PROFESIONAL G02**

**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**

**ALVARO IVAN BARRERO BUITRAGO**
**DIRECTOR REGIONAL B G07**

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

**Señor(a):** MARCELINO SANDOVAL PRADA
**No. Identificación:** CC1105672352
**Dirección:** MZ C CASA 11 APTO 101 URB ANDALUCIA
**Telefono:** 3168619118
**Correo:** marcelinosandovalprada@yahoo.es
**Ciudad:** ESPINAL
**Número de Planilla:** 8363140845

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombre Aportante** | MARCELINO SANDOVAL PRADA | **Número de Empleados** | 1 |
| **Tipo y número de identificación** | CC1105672352 | **Periodo de Cotización Salud** | octubre de 2022 |
| **Número de planilla** | 8363140845 | **Periodo de Cotización Pensión** | octubre de 2022 |
| **Fecha pago** | 2022-11-09 | **Número de Administradoras** | 3 |
| **Número de autorización pago** | 93704828 | **Total Pagado** | 510300 |
| **Banco** | 1023 | **Total Intereses de Mora** | 0 |

PAGADA

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-23 | POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS | 9200 | 1 |
| 230301 | Porvenir | 281300 | 1 |
| EPS002 | Salud Total EPS | 219800 | 1 |

8363140845

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1105672352
APELLIDOS Y NOMBRES: MARCELINO SANDOVAL PRADA

| Cód. EPS | Cód. AFP | IBC SALUD | IBC PENSIÓN | IBC RIESGOS | IBC CAJAS | COTIZACIÓN SALUD | VALOR UPC | COTIZACIÓN PENSIÓN | FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN RIESGOS | APORTE CAJAS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS002 | 230301 | 1758000 | 1758000 | 1758000 | 0 | 219800 | 0 | 281300 | 0 | 9200 | 0 |

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Ibagué, 24 de enero 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.** | **1105688291** | **JULIAN SANDOVAL ARCINIEGAS** | **HIJO** |

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Padre o hermano que se encuentra en situación de dependencia, por ingresos en el año menores a 260 UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.

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,

MARCELINO SANDOVAL PRADA
FIRMA

Nombre:

C.C.

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

Adhesivo Copia Registro Civil
18110261-0

**NUIP** 1.105.688.291

## REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

**Indicativo Serial** 53868863

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

Registraduria [X] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** T 3 K

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

REGISTRADURIA DE ESPINAL - COLOMBIA - TOLIMA - ESPINAL

***Datos del inscrito***

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| SANDOVAL | ARCINIEGAS |

**Nombre(s)**

JULIAN

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2013 Mes DIC Día 23 | MASCULINO | A | POSITIVO |

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

COLOMBIA TOLIMA IBAGUE

| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO | 11995505-7 |

***Datos de la madre***

**Apellidos y nombres completos**

ARCINIEGAS PALMA SINDY YULIETH

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 1.109.264.743 | COLOMBIA |

***Datos del padre***

**Apellidos y nombres completos**

SANDOVAL PRADA MARCELINO

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 1.105.672.352 | COLOMBIA |

***Datos del declarante***

**Apellidos y nombres completos**

ARCINIEGAS PALMA SINDY YULIETH

| Documento de Identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| CC 1.109.264.743 | Sindy Yulieth Arciniegas Palma |

***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 2014 Mes ENE Día 07 | RAFAEL GORDILLO MESA - REGISTRADO<br>Nombre y firma |

| *Reconocimiento paterno* | *Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento* |
|---|---|
| Marcelino Sandoval Prada<br>Firma | Nombre y firma |

**ESPACIO PARA NOTAS**

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

4