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 ELECTRICIDAD Y ELECTRONICA Y TELECOMUNICACION - BTA DC - SERVICOS PRESTAD
Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1
Resolución DIAN Nº 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)

Código Regional	11
Código Centro	921010
Fecha Elaboración	Agosto de 2021
Versión	JUNIO 2021 - 3,21
ID de Proceso	16515-521361
No. de documento	169415

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: / Correo electrónico contratista:	JEISSON JAIR SANTACRUZ CAMPOS jjsantacruz4@misena.edu.co	C.C.	80.118.284	IP/Nº de contacto	0
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 ?	NO	Banco al cual consignar:	DAVIVIENDA	Tipo de cta	AHORROS
Nº Cuenta	8900795538	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:	2231819/2021			Nº Compromiso SIIF	13321		
Valor Total del Contrato	$ 38.154.076	N ° Pago	Periodo objeto de pago				Valor Bruto Pago
Saldo Anterior del Contrato	$ 15.539.574	7	Del	01/08/2021	Al	31/08/2021	$ 3.790.140,00
Nuevo Saldo del Contrato	$ 11.749.434		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)

INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL, PARA LA EJECUCIÓN DE ACCIONES DE FORMACIÓN TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA DE FORMA PRESENCIAL Y/O VIRTUAL; JUNTO CON OTRAS ACTIVIDADES QUE SE DERIVEN DE LA FORMACIÓN, EN LOS DIFERENTES PROGR

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.790.140	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	$ 3.790.140	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	$ 2.045.474	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		$ 0

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

	Agosto	Julio
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	52459047
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.516.056	$ 1.516.056
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 189.600	$ 189.600
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 242.600	$ 242.600
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 8.000	$ 8.000
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	$ 251.627	
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	$ 379.014	
Salud hasta $ 580.928	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 681.825	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.045.474,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.357.940,00	
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	32.438,00	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	**$ 3.757.702,00**	

SON: TRES MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL SETECIENTOS DOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

```
2337835 Electricidad industrial
2141081 Electricidad industrial
1903580-1903594 Electricidad industrial
2262273 Electricidad industrial
2141079 Electricidad industrial
2141075 Electricidad industrial
1964691 Electricidad industrial
1964692 Electricidad industrial
1964686 Electricidad industrial
```

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.

JEISSON JAIR SANTACRUZ CAMPOS
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,

WILLIAM MAURICIO CORONADO MARTINEZ
CONTRATISTA

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

CLAUDIA JANET GOMEZ LARROTTA
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 DE 1

DATOS GENERALES

TIPO	NUMERO	NOMBRE O RAZON SOCIAL	TIPO PRESENTACION (U C S D)	SUCURSAL / DEPENDENCIA	CODIGO
CC	80116284-	Jeiseon Jair Santacruz Campos	☑ ☐ ☐ ☐		

PERIODOS DE COTIZACION

SALUD MES	SALUD AÑO	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF MES	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF AÑO
2021	7	2021	5245904

NUMERO RADICACION	TIPO EMPRESA	CLASE DE APORTANTE	CODIGO ARL	CODIGO OPERADOR
	PUBLICA ☐ PRIVADA ☑ MIXTA ☐	PEQUEÑO ☐ GRANDE ☐ INDEPENDIENTE ☑	14-23	83

DIRECCION	CIUDAD/MUNICIPIO	CODIGO	DEPARTAMENTO	CODIGO	TELEFONO	FAX	CORREO ELECTRONICO	ACTIVIDAD ECONOMICA	VALOR NOMINA	TOTAL EMPLEADOS	FECHA DE PAGO (aaaa/mm/dd)	No. AUTORIZACION
Carrera 1F # 48z - 60 sur	SOACHA	25754	CUNDINAMARCA	25	7713872		jeiseonsantacruz44@gmail.com	8551	0	1	2021/08/05	1084554728

TOTAL APORTES DEL PERIODO A SALUD POR ADMINISTRADORA

COD EPS	NIT EPS	COTIZACION OBLIGATOR	UPC ADICIONAL	INCAPACIDADES No.AUTOR	INCAPACIDADES VALOR	LIC.MATERNIDAD No.AUT	LIC.MATERNIDAD VALOR	NETO COTIZAC	DIAS MORA	INTERESES MORA OBL	INTERESES MORA UPC	SUBTOTAL COTIZACION	SUBTOTAL UPC ADIC.	No. RADIC SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR COTIZ OBLIG	SALDO A FAVOR UPC ADICIONAL	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
EPS017	830003564-7	189.600	0		0		0	189.600	0	0	0	189.600	0		0	0	189.600	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A PENSIONES POR ADMINISTRADORA

COD AFP	NIT AFP	COTIZ OBLIGAT	COTIZ VOL AFILIADO	COTIZ VOL APORTANT	FONDO SOLI PENS	DIAS MORA	INTERES MORA COTIZ	INTERES MORA FONDO	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
231001	800227940-4	242.600	0	0	0	0	0	0	242.600	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A CAJAS POR ADMINISTRADORA

COD CCF	NIT CCF	VALOR APORTE	DIAS MORA	INTERESES MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ICBF Y SENA

CONC	VALOR	DIAS MORA	INT MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
ICBF					
1	0	0	0	0	0
SENA					
1	0	0	0	0	0

NUMERO DE ADMINISTRADORAS REPORTADAS

PENSIONES	1
SALUD	1
RIESGOS LABORALES	1
CAJAS DE COMPENSACION	0
OTRAS	0
TOTAL	3

TOTAL APORTES DEL PERIODO A RIESGOS LABORALES

COD ARL	NIT ARL	COTIZ OBLIGAT	INCAPACIDADES No.AUTORIZ	INCAPACIDADES VALOR	APORTES OTROS RIESG	VALOR NETO COTIZACION
14-23	860011153-6	8.000		0	0	8.000

DIAS MORA	INTERES MORA COTI	SUBTOTAL APORT COTIZ	No. RADICAC SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR	FONDO SOLIDARIDAD	TOTAL A PAGAR
0	0	8.000		0	80	8.000

TOTAL APORTES DEL PERIODO A MIN. EDUCACION

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ESAP

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA

TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA	ANTES DE IGE,LINA,RSP Y MORA	VALOR TOTAL
PENSIONES	242.600	242.600
SALUD	189.600	189.600
RIESGOS LABORALES	8.000	8.000
CCF	0	0
SENA	0	0
ICBF	0	0
ESAP	0	0
MINISTERIO DE EDUCACION	0	0
GRAN TOTAL	440.200	440.200

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

compensar

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

NIT. 860.066.942-7

GESTIÓN DE COBRO DE CRÉDITO

CERTIFICA:

Que JIMENEZ PULIDO ALEJANDRA identificado(a) con Cédula de Ciudadanía, 1010182812 y SANTACRUZ CAMPOS JEISSON JAIR identificado con cedula de ciudadanía, 80118284 le fue otorgado el Crédito No. 4120053367 por línea de VIVIENDA NUEVA FOVIS desembolsado el 24-07-2018, por valor de $49,700,000.00 con COMPENSAR CAJA DE COMP. FLIAR el cual presenta un saldo total de $46,723,146.00 con corte al 23-04-2020.

Se expide la presente constancia en Bogotá, a los Veintitrés (23) días del mes de Abril de 2020 a solicitud de la parte interesada.

TRANSACCIONES EN LÍNEA

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Bogotá, 29 de febrero de 2020

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 articulo segundo del Decreto 0099 de 2013, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

T.I.	**1076246103**	**GABRIEL SANTIAGO SANTACRUZ GOMEZ**	**HIJO**
R.C	**1031544699**	**MARIA ANGEL SANTACRUZ JIMENEZ**	**HIJA**

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

Nombre: JEISSON JAIR SANTACRUZ CAMPOS

C.C. 80118284

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1076246103

Indicativo Serial 50291773

Datos de la oficina de registro - Clave de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [0 1] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código [1 4 1]

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía

COLOMBIA CUNDINAMARCA ZIPAQUIRA

Datos del inscrito

Primer Apellido: SANTACRUZ | Segundo Apellido: GOMEZ

Nombre(s): GABRIEL SANTIAGO

Fecha de nacimiento: Año 2 0 1 0 Mes 0 9 Día 0 7 | Hora (en letras): MARCELINO | Mellizo: - | Número: 1 | POSITIVO

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA ZIPAQUIRA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO DE NACIDO VIVO | Número consecutivo de nacido vivo: 10398721

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: GOMEZ PALACIOS LADY MARILY

Documento de identificación (Clase y número): C.C. NO. 1.070.009.223 DE GAJICA | Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: SANTACRUZ CAMPOS JEISSON JAIR

Documento de identificación (Clase y número): C.C. NO. 80.118.284 DE BOGOTA | Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: SANTACRUZ CAMPOS JEISSON JAIR

Documento de identificación (Clase y número): C.C. NO. 80.118.284 DE BOGOTA | Firma

Datos adicionales 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: Año 2 0 1 0 Mes 1 2 Día 1 7

Reconocimiento paterno: X Firma

Nombre y firma del funcionario que autoriza: ARIEL LYONS BARRERA
ARIEL JOSE LYONS BARRERA

OBSERVACIÓN PARA NOTAS

SE INSCRIBIO EN EL LIBRO DE VARIOS TOMO 95 FOLIO 185 DE 17 diciembre 2010

AAR

NOTARIA PRIMERA DEL CIRCULO DE ZIPAQUIRA

TOMO

FOLIO

SERIAL 50291773

VS. NOTARIA Parentesco

SOLO Jeisson Santacruz C.C. 80118284 DE Bogotá

COPIA AUTÉNTICA DEL ORIGINAL
Se cumplieron los requisitos de los Artículos 55 y 115 del decreto 1260/70 y la del decreto 2158/72. Se expide en Zipaquira, República de Colombia

17 DIC 2010

ARIEL LYONS BARRERA
NOTARIO

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1031544699

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 59779408

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A X D

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. NOTARIA 23 BOGOTA DC * * * * * * *

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
SANTACRUZ * * * * * * * * * * * * *	JIMENEZ * * * * * * * * * * * * * * *

Nombre(s)

MARIA ANGEL *

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2019 Mes AGO Día 30	FEMENINO	A	POSITIVO

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. *

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO * * * * * * * *	15438510-2 * * * *

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

JIMENEZ PULIDO ALEJANDRA *

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1010182812 *	COLOMBIA * * * * * * *

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

SANTACRUZ CAMPOS JEISSON JAIR *

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 80118284 *	COLOMBIA * * * * * * *

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

SANTACRUZ CAMPOS JEISSON JAIR *

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 80118284 *	

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 2019 Mes SEP Día 11	ALFONSO MONTENEGRO GUTIERREZ
	Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

EL NOTARIO VEINTITRES (23E) DE BOGOTA