

 <p>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</p>	DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES)		Código Regional	8
	REGIONAL ATLÁNTICO		Código Centro	930210
	CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS-ATLANTICO -SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION		Fecha Elaboración	Agosto de 2021
	Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Versión	JUNIO 2021 - 3,21
	Resolución DIAN N° 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)		ID de Proceso	69392-180691
			No. de documento	179261

DATOS DEL CONTRATISTA			
Nombres y apellidos contratista:	GIOVANNI DELACRUZ GALEZO	C.C.	72.002.252
Correo electrónico contratista:	gdel25@misena.edu.co	IP/N° de contacto	000
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:	AV VILLAS	Tipo de cta	AHORROS
		N° Cuenta	813968984
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			
N° del contrato:	2164316/2021	N° Compromiso SIIF	12921
Valor Total del Contrato	\$ 38.143.459	N ° Pago	8
Saldo Anterior del Contrato	\$ 16.966.408	Periodo objeto de pago	Del 01/08/2021 Al 31/08/2021
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 13.251.136	Legalización comisiones del periodo	\$ 0,00
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado) INSTRUCTORES-PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA PLANEAR Y ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, EN EL AREA DE GESTIÓN DE MERCADOS QUE PROGRAME EL CCYS SENA REG ATICO SEGÚN RADICADO 9-2021-000848...PZO 17 DIC 2021			

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Ingresos por honorarios	\$ 3.715.272	Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°	0,00%
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 3.715.272	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 2.468.754	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR			
	Agosto	Julio	
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	-----	7804452380	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.486.109	\$ 908.526	Valor Base retención en la fuente 2.468.754,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 185.800	\$ 113.600	Valor Base retención en la fuente ICA 3.291.672,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 237.800	\$ 145.400	Valor base IVA 0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00
ARL	\$ 7.800	\$ 4.800	Menos Retención en la Fuente 0,00
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -	-	Menos Retencion IVA 0,00
Aportes voluntarios a cuentas AFC	\$ -	-	Reteica - 8299 32.917,00
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.522.064	\$ -	-	0,00
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.630.800	\$ -	-	0,00
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	-	0,00
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	-	0,00
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	-	0,00
Dependientes hasta \$ 1.161.856	\$ -	-	0,00
Salud hasta \$ 580.928	\$ -	-	0,00
Renta Exenta 25% \$ 8.713.920	\$ 822.918	-	0,00
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	-	0,00
			VALOR A PAGAR \$ 3.682.355,00

SON: TRES MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA Y DOS MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO	
TGO GM 42 - 2142641 PLANEAR ACTIVIDADES DE MERCADEO (R2 "ESTRUCTURAR ESTRATEGIAS DE MERCADEO"	
TGO GM 43 - 2142644 DISEÑAR PROTOTIPOS DE PRODUCTOS Y/O SERVICIOS (R2 "ESTABLECER PARÁMETROS PARA EL DISEÑO DEL EMPAQUE Y ENVASES",	
TGO DV 32 - 2182697 ESTRUCTURAR LA FUERZA DE VENTAS	
TGO GM 2 - FDS - ART - 2162597 PLANEAR ACTIVIDADES DE MERCADEO QUE RESPONDAN A LAS NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE LOS CLIENTES	

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.	GIOVANNI DELACRUZ GALEZO EL CONTRATISTA
--	--

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO	
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí 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, LINDA EVELIN PICHON RONCALLO 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

ELIZABETH TUBERQUIA VANEGAS
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02

TOTAL APORTES A PENSIÓN												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	\$ 145.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 145.400	\$ 0	\$ 145.400
SUBTOTALES:										\$ 145.400	\$ 0	\$ 145.400

TOTAL APORTES A SALUD																
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 113.600		\$ 0		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 113.600
SUBTOTALES:									\$ 113.600				\$ 113.600	\$ 0	\$ 0	\$ 113.600

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 4.800	\$ 4.800	\$ 0	\$ 0	\$ 4.800
SUBTOTALES:									\$ 4.800	\$ 0	\$ 0	\$ 4.800

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																					
DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES										SEGURIDAD SOCIAL										PARAFISCALES																							
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN				SEGURIDAD SOCIAL				SALUD				ARP				IBC	CCF					SENA	ICBF	ESAP	MINEDU	
																											ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE		ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE					DÍAS COT
1	CC 72002252	DE LA CRUZ GALEZO GIOVANNI	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		\$ 1.487.000				NO								01-30										230301-PORVENIR	30	\$ 908.526	\$ 145.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 145.400	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	\$ 908.526	\$ 113.600	\$ 0	\$ 113.600	14-23 POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS S.A.	30	\$ 908.526	72002252	\$ 4.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL	\$ 263.800
--------------	-------------------



**BANCO COMERCIAL
"AVVILLAS"**

NIT: 860.035.827-5

CRA. 13 No. 27-47 P-24 BOGOTA D.C.

CERTIFICA:

Que GIOVANNI DE GALEZO identificado con el documento No. 72002252 posee en la oficina OFICINA ESTADIO (805) una Cuenta de Ahorros - Cuenta Móvil No. 813968984 desde el 05 de febrero de 2019.

FECHA DE EXPEDICION: 2021/01/15

Mayor información Línea Audiovillas:

Bogotá: 444 1777 / Barranquilla: 330 4330 / Bucaramanga: 630 2980 / Medellín: 325 6000 /

Cali: 885 9595 / Resto del país: 018000 51 8000

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS
PORVENIR S.A.**

En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

GIOVANNI DE LA CRUZ GALEZO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **72.002.252**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 13 de Enero del 2021.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Barranquilla, AGOSTO 31 DE 2021

Señores

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

NUIP - NIP	1046725008	Giovanni De La Cruz Alvarez	HIJO
NUIP - NIP	1046732943	Maximiliano De La Cruz Alvarez	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

Nombre: Giovanni De La Cruz Galezo

C.C. 72002252

NO IMPRIMA ESTA HOJA ES SOLAMENTE DE CARÁCTER INFORMATIVO

REQUISITOS PARA DEDUCCIONES POR DEPENDIENTES

En el siguiente cuadro se relacionan los requisitos y documentos que se deben adjuntar para poder acceder al beneficio de disminución de retención en la fuente, por dependientes:

DEDUCCION	CONCEPTO	REQUISITOS
DEPENDIENTES	Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad.	Registro civil de nacimiento
	Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre 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 por la autoridad competente.	Recibo de pago de matrícula de instituciones debidamente acreditadas
	Los hijos del contribuyente mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Medicina Legal
	El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal

	Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	<p>Certificado de Contador Público</p> <p>Certificado de Medicina Legal</p>
--	---	---



**REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL**

**REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO**

Indicativo
Serial 57619408

NUIP 1.046.732.943

* 5 7 6 1 9 4 0 8 *

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐	Notaría ☒ K	Número 01	Consulado ☐	Corregimiento ☐	Inspección de Policía ☐	Código C X L
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía						
NOTARIA 1 BARRANQUILLA - COLOMBIA - ATLANTICO - BARRANQUILLA.....						

Datos del inscrito

Primer Apellido			Segundo Apellido			
DE LA CRUZ.....			ALVAREZ.....			
Nombre(s)						
MAXIMILIANO.....						
Fecha de nacimiento			Sexo (en letras)		Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2017	Mes SEP	Día 08	MASCULINO.....		A.....	POSITIVO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)						
COLOMBIA ATLANTICO BARRANQUILLA.....						

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vi vo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO.....	14274079-8.....

Datos de 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	
ALVAREZ VIVIESCAS ERIKA.....	
Documento de identificación (Clase y número o)	Nacionalidad
CC 22.549.421.....	COLOMBIA.....

Datos de padre o madre (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	
DE LA CRUZ GALEZO GIOVANNI.....	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 72.002.252.....	COLOMBIA.....

Datos del declarante	
Apellidos y nombres completos	
DE LA CRUZ GALEZO GIOVANNI.....	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 72.002.252.....	

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 SEP Día 11	JOSE VICENTE PACHECO AROCA
Nombre y firma	



- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

52619408

1.048.732.943

NUIP

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina	
Registro	☐
Notario	☒
Número	0
Convencido	☐
Convencimiento	☐
Inspección de Policía	☐
Código	0-1-1

Datos del inscrito	
Primer Apellido	DE LA CRUZ
Segundo Apellido	ALVAREZ
Nombre(s)	
MAXIMILIANO	
Fecha de nacimiento	
Año	2017
Mez	SEP
Da	08
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Convencimiento o Inspección)	
COLOMBIA ATLANTICO BARRANQUILLA	

Tipo de documento antecedente o Documento de partida	
CERTIFICADO MEDICO O DE MUERTO VIVO	
Número certificado de nacido vivo	
14274079-8	
Datos de madre o padre (Para casos de hijos ilegítimos con fines estadísticos se piden los nombres de los progenitores de la familia para el primer apellido del inscrito)	
Alfabetos y nombres completos	
ALVAREZ VIVISCAR ELIAS	
Documento de identificación (Clase y número)	
CC 32.548.421	
Nacionalidad	
COLOMBIA	

Datos de primo o tío (Para casos de hijos ilegítimos con fines estadísticos se piden los nombres de los progenitores de la familia para el primer apellido del inscrito)	
Alfabetos y nombres completos	
DE LA CRUZ GALEZO GIOVANNI	
Documento de identificación (Clase y número)	
CC 72.002.252	
Nacionalidad	
COLOMBIA	

Datos del declarante	
Alfabetos y nombres completos	
DE LA CRUZ GALEZO GIOVANNI	
Documento de identificación (Clase y número)	
CC 72.002.252	

Datos primer testigo	
Alfabetos y nombres completos	
Documento de identificación (Clase y número)	
CC 72.002.252	

Datos segundo testigo	
Alfabetos y nombres completos	
Documento de identificación (Clase y número)	
CC 72.002.252	

Fecha de inscripción	
Año	2017
Mez	SEP
Da	11
Nombre y firma del funcionario que autoriza	
JOSE VICENTE PACHECO	
Nombre y firma	

