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**
**Resoluciòn DIAN Nº 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)**

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **11** |
| **Código Centro** | **921010** |
| **Fecha Elaboración** | **Noviembre de 2021** |
| **Versión** | **JUNIO 2021 - 3,21** |
| **ID de Proceso** | **63114-555782** |
| **No. de documento** | **272772** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | JULIAN ANDRES SANABRIA LOZANO | **C.C.** | 80.902.216 | **IP/Nº de contacto** | 0 |
| **Correo electrónico contratista:** | jasanabria612@misena.edu.co | | | | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Régimen del IVA:** | NO RESPONSABLE | **Pertenece al régimen simple de tributación?** | NO | **Es declarante de renta?** | SI | **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:** | BANCO COLPATRIA | **Tipo de cta** | AHORROS | **Nº Cuenta** | | 4322007260 | |
| **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:** | 2230012/2021 | | | **Nº Compromiso SIIF** | | **17221** | |
| **Valor Total del Contrato** | $ 39.796.470 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 5.685.210 | **10** | **Del** | **01/11/2021** | **Al** | **30/11/2021** | **$ 3.790.140,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 1.895.070 | | Legalización comisiones del periodo | | | $ 0,00 | |

**OBJETO CONTRACTUAL:**
(Descripciòn 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** | **$ 2.014.764** | | **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** | ---------- | **51870548** |
| **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 IV | $ - | $ 0 |
| 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 | $ - | |
| 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 | $ 370.440 | |
| Renta Exenta 25% $ 8.713.920 | $ 652.122 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Valor Base retención en la fuente | 2.014.764,00 | 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

Atender la formación de aprendices en el área específica del respectivo programa de formación
En las fases o módulos establecidos y programados ficha número 2285854
Y Actividades de desarrollo curricular designadas por la red de electrónica y automatización
Programa 837530 Mantenimiento De Equipos De Refrigeración, Ventilación Y Climatización
Competencias:
Alistar Recursos Para El Mantenimiento De Instalaciones De RVC
Resultados De Aprendizaje:
RAE5: Documentar información técnica del montaje y mantenimiento de equipos de climatización según normatividad
RAE6: Estructurar el proceso de construcción de un equipo de refrigeración según normatividad vigente

**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.

**JULIAN ANDRES SANABRIA LOZANO**
**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,

**MARYURY ANYELA LOPEZ NIÑO**
**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**

## Información de la Planilla Pagada

| | |
|---|---|
| **Nit de comercio Operador de Información** | 900089104-5 |
| **Razón Social del Operador de Información** | ARUS (antes Enlace Operativo) |
| **Descripción** | Pago de SuAporte |
| **Fecha** | 2021-11-08, 01:57:03 PM |
| **Periodo de Cotización Otros Riesgos** | octubre de 2021 |
| **Periodo de Cotización Para Salud** | octubre de 2021 |
| **Empresa** | JULIAN ANDRES SANABRIA LOZANO |
| **CEDULA CIUDADANIA** | CC 80902216 |
| **Código Sucursal (Nombre)** | ( ) |
| **Referencia de Pago/ Número Planilla** | 8991703490 / 51870548 |
| **Tipo de Planilla** | I |
| **Número Transacción Bancaria/ CUS** | 27947892 |
| **Banco** | (1023) - BANCO DE OCCIDENTE |
| **Valor** | $ 441.300 |
| **Estado de la Transacción** | Aprobada |
| **Dirección IP de Origen** | 10.0.19.58 |

| Nit | Código | Administradora | Número Afiliados | Valor sin Mora | Total Intéreses Mora |
|---|---|---|---|---|---|
| N800229739 | 230201 | PROTECCION FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS | 1 | $ 242.600 | $ 0 |
| N860066942 | EPS008 | COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD | 1 | $ 189.600 | $ 0 |
| N860066942 | CCF24 | CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR | 1 | $ 9.100 | $ 0 |
| | | | | | |
| | | **SubTotales:** | | $ 441.300 | $ 0 |
| | | **Total a Pagar:** | | | $ 441.300 |



**ARUS, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77. Línea Ética: 018000 517806.**

**ARUS (antes Enlace Operativo) no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.**

**Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.**

compensar | salud
Plan Complementario

**CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR**

**COMPENSAR EPS**

**Nit. 860.066942-7**

**Certifica**

El(la) señor(a) JULIAN ANDRES SANABRIA LOZANO identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 80902216, registra como contratante del Plan PC ESPECIAL CON POS con los siguientes afiliados:

| Nombre | Identificación | Parentesco | Estado | Plan | Valor Mensual |
|---|---|---|---|---|---|
| TULIA KATHERINE TORRES ACOSTA | 52952163 | CY | Vigente a la fecha | PC ESPECIAL | $ 92.610 |
| JULIAN ANDRES SANABRIA LOZANO | 80902216 | TR | Vigente a la fecha | PC ESPECIAL | $ 92.610 |
| ELIANA VICTORIA SANABRIA TORRES | 1013020512 | HI | Vigente a la fecha | PC ESPECIAL | $ 92.610 |
| DANIEL ALEJANDRO SANABRIA TORRES | 1016724477 | HI | Vigente a la fecha | PC ESPECIAL | $ 92.610 |
| | | | | **Total Mensual Grupo Familiar** | **$ 370.440** |

- Valor Mensual Incluye IVA del 5%

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), en Bogotá a los 15 días del mes de noviembre de 2021.

**Observaciones:**

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS. Cualquier aclaración, con gusto será atendida en nuestra Línea de Atención de Servicios de Salud 3078088, exclusiva para Plan

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio

Complementario Especial y Plan Complementario Vital.

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: TRANSACCIONES EN LINEA CER-PAS 12727068

VIGILADO Supersalud

VIGILADO SuperSubsidio

# REPÚBLICA DE COLOMBIA
## IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.013.020.512**

**SANABRIA TORRES**

APELLIDOS

**ELIANA VICTORIA**

NOMBRES



Eliana Sanabria

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO

**20-JUN-2014**

**BOGOTA D.C**
**(CUNDINAMARCA)**

LUGAR DE NACIMIENTO

**20-JUN-2032**

FECHA DE VENCIMIENTO

**O+** G S RH

**F** SEXO

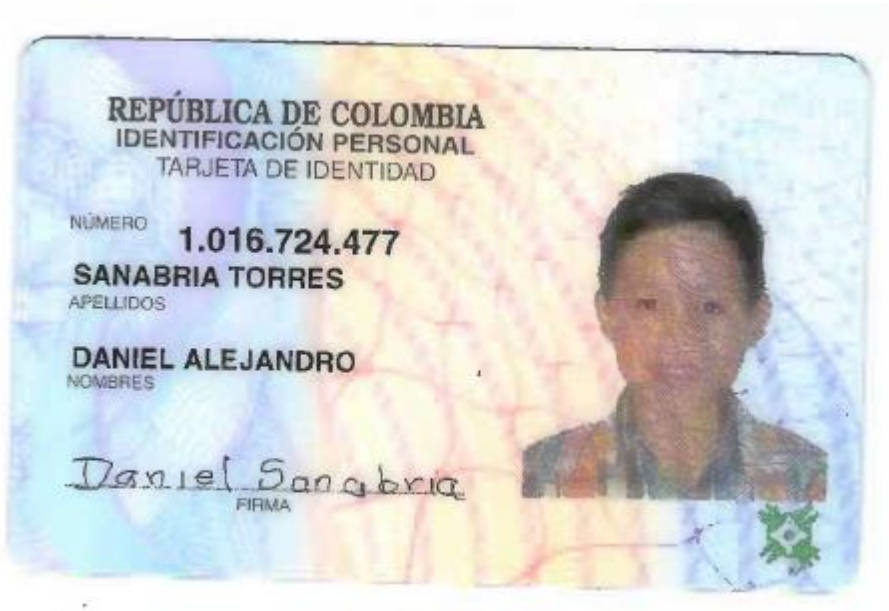
**22-JUL-2021 BOGOTA D.C.**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO

P-1500150-01248001-F-1013020512-20210802 **0075**178537A 1 8502469275



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO
1.016.724.477
SANABRIA TORRES
APELLIDOS

DANIEL ALEJANDRO
NOMBRES

Daniel Sanabria
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO
26-ABR-2011
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
26-ABR-2029
FECHA DE VENCIMIENTO
10-MAY-2018 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

O+
G S RH

M
SEXO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500150-01016908-M-1016724477-20180623 0061685325A 1 1304953277

*CERTIFICACION DEPENDIENTES*

Bogotá, 30 de noviembre de 2021

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| **T.I.** | **1016724477** | **Daniel Alejandro Sanabria Torres** | **HIJO** |
| **T.I.** | **1013020512** | **Eliana Victoria Sanabria Torres** | **HIJO** |

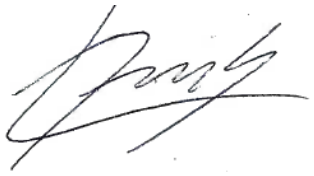
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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: Julián Andrés Sanabria Lozano

C.C. 80902216