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	Diciembre de 2021
Versión	JUNIO 2021 - 3.21
ID de Proceso	83018-590631
No. de documento	307747

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	$ 38.912.104	N ° Pago	Periodo objeto de pago		Valor Bruto Pago
Saldo Anterior del Contrato	$ 1.137.042	11	Del 01/12/2021	Al 09/12/2021	$ 1.137.042,00
Nuevo Saldo del Contrato	$ 0		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	$ 1.137.042		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	$ 1.137.042		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	$ 526.825		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	$ 0

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

	Diciembre	Noviembre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	---------	55175351
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 908.526	$ 1.516.056
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 113.600	$ 189.600
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 145.400	$ 242.600
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL	$ 4.800	$ 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	$ 113.704	
Salud hasta $ 580.928	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 128.178	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	526.825,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	878.042,00	
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	8.482,00	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	$ 1.128.560,00	

SON: UN MILLÓN CIENTO VEINTIOCHO MIL QUINIENTOS SESENTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

2337824 Electricidad industrial
2337849 Electricidad industrial
2308585 Electricidad industrial
2330628 Electricidad industrial
2253006Electricidad industrial
2141088 Electricidad industrial
1964694 Electricidad industrial
2022625 Electricidad industrial
2022617 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

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCION	TELEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	80115284	Jeisson Jair Santamaz Campos		Carrera 1F # 48z - 60 Sur	7710872	jeisonsantamaz244@gmail.com	
FORMA PRESENTACION	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CODIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	I - Independiente			CUNDINAMARCA	SOACHA		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NUMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-11	2021-11	I	06/12/2021	88175381	$440.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Codigo EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	169.600	0		0		0	0	0	0	169.600	1

TOTALES PENSIÓN

Codigo AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
23-1201	Colfondos	800227940-4	242.600	0	0	0	0	0	0		242.600	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Codigo ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Dias Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	9.000				9.000	0	0	9.000			60	9.000	1

TOTALES CAJAS

Codigo CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, ISP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	169.600	169.600
Pensión	1	242.600	242.600
Riesgos Laborales	1	9.000	9.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	440.200	440.200

PAGADA

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

De acuerdo con los registros del Sistema para la Administración y Control de Bienes SACB, el documento 80118284 NO ha sido registrado en la Base de Datos y por tanto NO registra bienes a cargo.

Fecha de emisión del reporte: 10 de Diciembre de 2021 a las 09:35:06

El cuentadante responde administrativa y fiscalmente por los bienes aquí relacionados y rendirá cuentas de su utilización. Todo ello según lo dispuesto sobre este particular en la Constitución Política Nacional Art. 124 y en especial lo establecido en los numerales 21 y 22 del Art. 34 de la Ley 734 de 2002; Resolución 1378 de 2018 y en las obligaciones generales de los Contratos de Prestación de Servicios.

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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1031544699

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 e/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 2 0 1 9 Mes A G O Día 3 0	FEMENINO	A	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/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 2 0 1 9 Mes S E P Día 1 1	ALFONSO MON[illegible] [illegible]ERREZ
	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