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 GESTION ADMINISTRATIVA-BTA D C - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION
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	**11**
Código Centro	**940410**
Fecha Elaboración	**Setiembre de 2022**
Versión	**MAYO 2022 - 2,22**
ID de Proceso	**50966-908062**
No. de documento	**554017**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	JACQUELINE MARTINEZ CAMACHO	**C.C.**	51.759.126	**IP/Nº de contacto**	16097
Correo electrónico contratista:	jamartinezc@sena.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 2021 fueron iguales o superiores	SI	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**		NO	
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		20335771794	
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:	3359159/2022			**Nº Compromiso SIIF**		**34122**	
Valor Total del Contrato	$ 41.606.772	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 13.956.702	**8**	**Del**	**01/09/2022**	**Al**	**30/09/2022**	**$ 3.950.010,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 10.006.692		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: Prestar servicios personales de carácter temporal para orientar la Formación Profesional Integral programada por el Centro de Gestión Administrativa en su sede principal, subsede y organizaciones, para la ejecución de acciones de Formación Titulada y/o Complementaria presencial, de la red de conocimiento Gestión Administrativa y Financiera, en las áreas temáticas de Bibliotecas,

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.950.010		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	**$ 3.950.010**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.328.382**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Setiembre	**Agosto**
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**61666560**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.580.004	$ 1.580.004
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 197.600	$ 197.600
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 252.900	$ 252.900
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 8.300	$ 8.300
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 $ 3.800.400	$ -	
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 $ 1.216.128	$ 395.001	
Salud hasta $ 608.064	$ -	
Renta Exenta 25% $ 9.120.960	$ 776.127	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.328.382,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.499.510,00	
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	33.805,00	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	**$ 3.916.205,00**	

SON: TRES MILLONES NOVECIENTOS DIECISEIS MIL DOSCIENTOS CINCO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Atender la formación presencial de aprendices en el área específica del respectivo programa de formación
Orientar y apoyar a los aprendices en el desarrollo de proyectos formativos y/o productivos en las respectivas etapas de formación.
Garantizar la actualización de los contenidos y tecnologías, de las fases o Competencias en las cuales se desarrolla la formación
Orientar la formación, para desarrollar en los aprendices las competencias del programa.
Cumplimiento oportuno con las entregas de los distintos formatos y documentos requeridos en el proceso administrativo
Cumplimiento del manual, estándares y lineamientos vigentes para la orientación de procesos de formación
Participar en las actividades de seguridad y salud en el trabajo programadas por el Centro y acoger las recomendaciones
Orientar, apoyar, acompañar y asesorar en forma permanente e integral a los aprendices en el proceso de formación
Apoyar análisis morfológico del Centro de Gestión Administrativa

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.

JACQUELINE MARTINEZ CAMACHO
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,

CARMEN ROSA DIAZ GONZALEZ
INSTRUCTOR G20

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

WAINE ANTONY TRIANA ALBIS
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	51759126	JACQUELINE MARTINEZ CAMACHO	Calle 175 20A 65 Int 8 Apt 530	9094421	jacmartinezcamacho@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-08	2022-08	I	07/09/2022	61666560	$459.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	197.700	0		0		0	0	0	0	197.700	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	253.000	0	0	0	0	0	0		253.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días 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	8.300				8.300	0	0	8.300			83	8.300	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días 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, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	197.700	197.700
Pensión	1	253.000	253.000
Riesgos Laborales	1	8.300	8.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	459.000	459.000

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	51759126	JACQUELINE MARTINEZ CAMACHO	Calle 175 20A 65 Int 8 Apt 530	9094421	jacmartinezcamacho@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-08	2022-08	I	07/09/2022	61666560	$459.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																			PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	51759126	MARTINEZ CAMACHO JACQUELINE	59	0			N																	230201	1.581.000	253.000	0	0	0	0	EPS010	1.581.000	197.700	14-23	1.581.000	1	8.300		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Bogotá, 19 de septiembre de 2022

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (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 la persona relacionada a continuación, tiene la calidad de dependiente a mi cargo:

C.C.	**1001317168**	**CAMILO ROJAS MARTÍNEZ**	**HIJO**

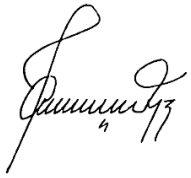
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Hijo entre 18 y 23 años, y me encuentro 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

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: Jacqueline Martínez Camacho

C.C. 51.759.126 de Bogotá

ESTUDIANTE

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

Personería Jurídica Resolución No. 11153
CARRERA 7B BIS No. 132-11
Nit: 860.066.789-6 - Vigilada Mineducación

ID 176579	SEMESTRE: 7	PERIODO: 20222	IDENT. TI 1001317168
NOMBRE:	ROJAS MARTINEZ CAMILO		

DESCRIPCION DEL PAGO

MATRICULAS (+)	**$ 5,860,000.00**
APORTE VOLUNTARIO PROGRAMA SEMILLAS (+)	**$ 35,000.00**

Declaro que conozco el Reglamento Estudiantil Vigente, acepto las condiciones y contenidos del Programa Académico que elegí y procedo a realizar el pago de mi matrícula para el presente periodo

FECHAS DE PAGOS:	PAGOS SIN APORTE	PAGOS CON APORTE
ORDINARIA HASTA: 2022-07-18	$ 5,860,000.00	$ 5,895,000.00
EXTRAORDINARIA 1 HASTA: 2022-07-29	$ 6,446,000.00	$ 6,481,000.00

BANCO DE BOGOTÁ ☐ **BANCOLOMBIA** ☐
BANCO DE OCCIDENTE ☐ **DAVIVIENDA** ☐
SCOTIABANK COLPATRIA ☐

RECIBO DE PAGO No. 5181784

PROGRAMA: ARTE DRAMATICO

16071 PRACTICAS ARTISTICAS
16072 ACTUACION VII
16073 ENTRENAMIENTO I
17934 INVESTIGACIÓN CREACIÓN 2 (2CR)
12105 MONTAJE ARTE DRAMÁTICO
18366 SALON INDIO



PARA SU VALIDEZ DEBE TENER EL TIMBRE DE LA REGISTRADORA Y EL SELLO DE RECIBIDO

BANCO

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

Personería Jurídica Resolución No. 11153
CARRERA 7B BIS No. 132-11
Nit: 860.066.789-6
Nit: 860.066.789-6 - Vigilada Mineducación

ID 176579	SEMESTRE: 7	PERIODO: 20222	IDENT. TI 1001317168
NOMBRE:	ROJAS MARTINEZ CAMILO		

BANCO DE BOGOTÁ ☐ **BANCOLOMBIA** ☐
BANCO DE OCCIDENTE ☐ **DAVIVIENDA** ☐
SCOTIABANK COLPATRIA ☐

RECIBO DE PAGO No. 5181784

REFERENCIA 0001765795181784

PROGRAMA: ARTE DRAMATICO

FORMA DE PAGO — FECHA A M D

	COD. BANCO	NO. CUENTA	VALOR
CHEQUES DE GERENCIA UNICAMENTE			
PAGO CON CHEQUE DE GERENCIA		**EFECTIVO**	
SE DEBE GENERAR A NOMBRE DE CREDICORP		**TOTAL PAGADO**	

MARQUE ESTA CASILLA SI DESEA REALIZAR SU PAGO CON APORTE AL PROGRAMA SEMILLAS. ☐

PRIMER PLAZO CON APORTE 2022-07-18 $ 5,895,000.00

(415)7709998039933(8020)025215(8020)229910017657951817 84(3900)0005895000(96)20220718

SEGUNDO PLAZO CON APORTE 2022-07-29 $ 6,481,000.00

(415)7709998039933(8020)025215(8020)229910017657951817 84(3900)0006481000(96)20220729

MARQUE ESTA CASILLA SI DESEA REALIZAR SU PAGO SIN APORTE. ☐

PRIMER PLAZO 2022-07-18 $ 5,860,000.00

(415)7709998039933(8020)025215(8020)229900017657951817 84(3900)0005860000(96)20220718

SEGUNGO PLAZO 2022-07-29 $ 6,446,000.00

(415)7709998039933(8020)025215(8020)229900017657951817 84(3900)0006446000(96)20220729

EL RECAUDO SE RECIBE A TRAVÉS DE CUENTAS DE LA UNIVERSIDAD ADMINISTRADAS POR CREDICORP CAPITAL COLOMBIA S.A.

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCION NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP A7E0250291

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 30319243

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [x] Número 37 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código AEZE

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

COLOMBIA - - - - - - - - - - CUNDINAMARCA - - - - BOGOTA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ROJAS	MARTINEZ

Nombre(s)

CAMILO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2001 Mes 05 Día 14	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA - - - - - - - - - - CUNDINAMARCA - - - - BOGOTA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO NACIDO VIVO	A 2854011

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

MARTINEZ CAMACHO JACQUELINE

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.No. 51 759 126 de Bogotá	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

ROJAS MOCETON GUILLERMO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.No. 79.365.025 de Bogotá	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

ROJAS MOCETON GUILLERMO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C.No. 79.365.025 de Bogotá	

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

Año 2001 Mes 06 Día 13

Nombre y firma del funcionario que autoriza

EDUARDO TEPES AMEZQUITA

Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -



ADVERTENCIA!

EL NOTARIO TRENTA Y CINCO (35) DE BOGOTA D.C.,
ADVIERTE que cualquier adulteración, modificación,
falsificación o borrón en esta copia del registro civil, tipifica
el delito de falsedad de documento público, sancionado por el
Código Penal, con pena privativa de la libertad personal.