

|                                                                                                                                 |                                                                                                                                             |  |                   |                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------|-------------------|
|  <p><b>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</b></p> | DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES) |  | Código Regional   | 11                |
|                                                                                                                                 | REGIONAL DISTRITO CAPITAL                                                                                                                   |  | Código Centro     | 940410            |
|                                                                                                                                 | CENTRO DE GESTION ADMINISTRATIVA-BTA D C - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION                                                               |  | Fecha Elaboración | Diciembre de 2022 |
|                                                                                                                                 | Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1                                                           |  | Versión           | MAYO 2022 - 2,22  |
|                                                                                                                                 | Resolución DIAN N° 18764024257695 autoriza desde 360,001 hasta 750,000 (Enero 18 de 2022)                                                   |  | ID de Proceso     | 99568-417020      |
|                                                                                                                                 |                                                                                                                                             |  | No. de documento  | 647224            |

  

| DATOS DEL CONTRATISTA                                                                                                |                             |                                                                                        |               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| Nombres y apellidos contratista:                                                                                     | CAMILO ANDRES CRUZ MANRIQUE | C.C.                                                                                   | 1.030.524.737 |
| Correo electrónico contratista:                                                                                      | cruzam@sena.edu.co          | IP/N° de contacto                                                                      | 3118166543    |
| 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 ?                                                    | SI            |
| Banco al cual consignar:                                                                                             | DAVIVIENDA                  | Tipo de cta                                                                            | AHORROS       |
|                                                                                                                      |                             | N° Cuenta                                                                              | 009770166883  |
| 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 |                 |                                     |                              |
|---------------------------------------------|-----------------|-------------------------------------|------------------------------|
| N° del contrato:                            | 3362863/2022    | N° Compromiso SIIF                  | 22722                        |
| Valor Total del Contrato                    | \$ 41.606.772   | N ° Pago                            | 11                           |
| Saldo Anterior del Contrato                 | \$ 2.106.672    | Periodo objeto de pago              | Del 01/12/2022 Al 16/12/2022 |
| Nuevo Saldo del Contrato                    | \$ 0            | Legalización comisiones del periodo | \$ 0,00                      |
| Valor Bruto Pago                            | \$ 2.106.672,00 |                                     |                              |

  

| OBJETO CONTRACTUAL:                 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |
|-------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| (Descripción 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 |  |

  

| RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO |              |                                           |       |
|------------------------------------------------------|--------------|-------------------------------------------|-------|
| Ingresos por honorarios                              | \$ 2.106.672 | 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                           | \$ 2.106.672 | Menos, Retefuente Otros Ingresos          | \$ 0  |
| BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE                     | \$ 1.093.003 | TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO            | \$ 0  |

  

| LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR |              |              |                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|----------------------------------------------------|
| N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS                           | Diciembre    | Noviembre    |                                                    |
| Ingreso Base de Cotización - IBC                                      | \$ 1.000.000 | \$ 1.580.004 | Valor Base retención en la fuente 1.093.003,00     |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud                           | \$ 125.000   | \$ 197.600   | Valor Base retención en la fuente ICA 1.821.672,00 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión                         | \$ 160.000   | \$ 252.900   | Valor base IVA 0,00                                |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional                   | \$ -         | \$ 0         | IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00                       |
| ARL                                                                   | \$ 5.300     | \$ 8.300     | Menos Retención en la Fuente 0,00                  |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias                 | \$ -         |              | Menos Retención IVA 0,00                           |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC                                     | \$ -         |              | Reteica - 8299 17.597,00                           |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.522.064       | \$ -         |              | Otras Retenciones 0,00                             |
| Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.800.400                           | \$ 749.129   |              | Otras Retenciones 0,00                             |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes         | \$ -         |              | Otras Retenciones 0,00                             |
| Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes           | \$ -         |              | Otras Retenciones 0,00                             |
| Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes           | \$ -         |              | Otras Retenciones 0,00                             |
| Dependientes hasta \$ 1.216.128                                       | \$ -         |              | Descuentos de Libranza 0,00                        |
| Salud hasta \$ 608.064                                                | \$ -         |              | Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00              |
| Renta Exenta 25% \$ 9.120.960                                         | \$ 268.136   |              | VALOR A PAGAR \$ 2.089.075,00                      |
| Retención en la Fuente Contingente                                    | \$ -         |              |                                                    |

  

| SON: DOS MILLONES OCHENTA Y NUEVE MIL SETENTA Y CINCO PESOS M/CTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |
| Orientar formación profesional integral a los aprendices según programación de fichas<br>Acompañamiento a los aprendices en el desarrollo de procesos formativos y/o productivos<br>Actualizar contenidos y tecnologías en las diversas competencias del programa de formación<br>Elaboración y entrega de formatos y documentos requeridos en el proceso académico administrativo |  |

  

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <b>PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:</b><br>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. | <b>CAMILO ANDRES CRUZ MANRIQUE</b><br><b>EL CONTRATISTA</b> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|

  

| CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:<br>1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;<br>2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;<br>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.<br>El Supervisor,<br><br><b>ADRIANA PATRICIA BALEN SUAREZ</b><br><b>INSTRUCTOR G11</b> |

  

|                                                                                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:<br><b>EL ORDENADOR DEL PAGO</b> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

  

|                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------|
| <b>WAINE ANTONY TRIANA ALBIS</b><br><b>SUBDIRECTOR DE CENTRO G02</b> |
|----------------------------------------------------------------------|

### TOTALES POR SUBSISTEMAS

| 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             |
| <b>TOTALES</b>         | 3                              | 459.000                             | 459.000       |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                             |        |                                         |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|-----------------------------|--------|-----------------------------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE            |        | DIRECCIÓN                               | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 1030524737        | CAMILO ANDRES CRUZ MANRIQUE |        | Cll 26 sur No 73A-23 bl 4 ent 5 apt 406 | 6015513815         | ingenierocamilocruz@gmail.com       |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL             | CÓDIGO | DEPARTAMENTO                            | CIUDAD / MUNICIPIO |                                     |
| ÚNICA               | I – Independiente |                             |        | BOGOTÁ D. C.                            | BOGOTÁ, D.C.       |                                     |
|                     |                   |                             |        |                                         |                    | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|                     |                   |                             |        |                                         |                    | NO                                  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |               |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|---------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLEADOS     |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | UPC           |
| 2022-11              | 2022-11                           | I             | 05/12/2022               | 63799545        | \$459.000     |
|                      |                                   |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR |

| DETALLE POR COTIZANTE |      |                       |                             |           |        |           |                  |           |     |                       |     |     |     |     |     |     |      |     |     |         |     |     |     |     |     |          |           |                        |          |           |                   |            |            |         |            |                        |              |             |             |            |  |  |
|-----------------------|------|-----------------------|-----------------------------|-----------|--------|-----------|------------------|-----------|-----|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|-----|-----|---------|-----|-----|-----|-----|-----|----------|-----------|------------------------|----------|-----------|-------------------|------------|------------|---------|------------|------------------------|--------------|-------------|-------------|------------|--|--|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                             |           |        |           |                  |           |     | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |     |      |     |     | PENSIÓN |     |     |     |     |     |          |           | SALUD                  |          |           | RIESGOS LABORALES |            |            | CCF     |            |                        | PARAFISCALES |             |             |            |  |  |
| No.                   | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres         | Cotizante | Sueldo | Exonerado | Columna exterior | Exonerado | ING | RET                   | TDE | TAE | TDP | TAP | VBP | VBT | SILN | IOE | IVA | IVA     | IVA | IVA | IVA | IVA | IVA | 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   | 1030524737            | CRUZ MANRIQUE CAMILO ANDRES | 59        | 0      |           | N                |           |     |                       |     |     |     |     |     |     |      |     |     |         |     |     |     |     |     | EPS008   | 1.581.000 | 197.700                | 14-23    | 1.581.000 | 1                 | 8.300      |            | 0       | 0          | 0                      | 0            | 0           | 0           | 0          |  |  |

PAGADA

CERTIFICADO NO: 107857

FECHA DE EXPEDICION: 31/03/2022

BANCO CAJA SOCIAL  
860007335-4  
CARRERA 7 No. 77 -65  
BOGOTÁ D.C (CUNDINAMARCA)  
CERTIFICADO DE CREDITOS HIPOTECARIO  
PARA DECLARACION DE RENTA Y DEDUCCION  
AÑO GRAVABLE 2021

Nombre o Razón Social  
CRUZ MANRIQUE CAMILO ANDRES

Identificación  
C 1030524737

|                                              |              |                           |                           |
|----------------------------------------------|--------------|---------------------------|---------------------------|
| Número de obligación:                        | 132209921983 |                           |                           |
| Línea de Crédito:                            | PESOS        | Destinación del Préstamo: | VIVIENDA GARANTIA IDONEA. |
| Fecha de Desembolso:                         | 03-07-2019   | Fecha de Vencimiento:     | 03-07-2034                |
| MONTO ORIGINAL DEL PRESTAMO                  |              |                           | \$112,363,300.00          |
| SALDO A DICIEMBRE 31 DE 2020                 |              |                           | \$107,011,332.06          |
| SALDO A DICIEMBRE 31 DE 2021                 |              |                           | \$103,015,352.42          |
| TOTAL PAGADO POR CAPITAL EN 2021             |              |                           | \$3,995,979.64            |
| TOTAL PAGADO POR INTERESES CORRIENTE EN 2021 |              |                           | \$10,211,241.32           |
| TOTAL PAGADO POR INTERESES MORA EN 2021      |              |                           | \$2,110.59                |
| TOTAL CORRECCION MONETARIA - PESOS EN 2021   |              |                           | \$0.00                    |
| SUMA DEDUCIBLE DEL PERIODO 2021              |              |                           | \$10,213,351.91           |

Estimado Cliente: Tenga en cuenta que de acuerdo con lo establecido con las normas tributarias, se podrá presentar como soporte para disminuir la base mensual de retención en la fuente los intereses por créditos hipotecarios destinados a Adquisición de Vivienda, por tanto, no aplica para intereses por créditos de mejoramiento y/o ampliación de vivienda.

Para mayor información o solicitar asesoría especializada, lo invitamos a que se acerque a nuestro Centro de Servicios Hipotecarios, en donde gustosamente lo atenderemos; o si lo desea puede comunicarse a la línea amiga en Bogotá 3077060 y desde otras ciudades 01800910038.

Le brindaran la información que usted requiera en:

Bogotá: Cll 72 10-71 piso 2  
Medellín: Cra 46 52-140 Edif Banco Caja Social  
Cali: Cll 13 4-25 piso 13 Edif Carvajal  
Barranquilla: Cra 58 75-12 piso 4  
Bucaramanga: Cll 35 19-41 of 301 Torre Sur La Triada  
Pereira: Av Circunvalar 10-75 piso 2  
Otras Ciudades: En la oficina correspondiente