

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL DISTRITO CAPITAL CENTRO DE GESTION ADMINISTRATIVA-BTA D C - SERVICIOS PRESTADOS A L		Código Regional	11
			Código Centro	940410
			Fecha Elaboración	Septiembre de 2020
			Versión	AGOSTO 2020 - 5,20
			ID de Proceso	79233-796192
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista: CAMILO ANDRES CRUZ MANRIQUE Correo electrónico contratista: cacruz737@misena.edu.co		C.C. 1.030.524.737	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 2019 Superaron \$47.978.000 ☐ SI ☒ Inducción SST ☐ SI ☒ Presta Servicios Excluidos de IVA ? ☐ SI ☒				
Banco al cual consignar: DAVIVIENDA		Tipo de cta AHORROS	N° Cuenta 9770166883	
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 2020 supera los \$ 117.503.000 ☐ NO ☒		
Tiene contratos de prestación de servicios con otras Entidades Públicas: ☐ N/A ☒				
Se acogió para el mes anterior, al pago parcial del aporte al Sistema General de Pensiones según el Art. 3 del Decreto N° 558: ☐ N/A ☒				
Se acogió para el mes objeto de cobro, al pago parcial del aporte al Sistema General de Pensiones según el Art. 3 del Decreto N° 558: ☐ N/A ☒				
DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO				
N° del contrato: 1326525/2020		N° Compromiso SIIF 3720		
Valor Total del Contrato \$ 40.049.251	N° Pago 9	Periodo objeto de pago		Valor Bruto Pago \$ 3.790.150,00
Saldo Anterior del Contrato \$ 13.391.863	Del 01/09/2020	Al 30/09/2020		
Nuevo Saldo del Contrato \$ 9.601.713	Comisiones \$ 0,00			
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios \$ 3.790.150	Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°		0,00%	
Ingresos por comisiones \$ 0	Retención en la Fuente del Periodo		\$ 0	
Ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ 0				
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO \$ 3.790.150	Menos, Rete Fuente Otros Ingresos		\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 2.014.770	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	Septiembre	Agosto	Valor Base retención en la fuente 2.014.770,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC	45385988	45385988	Valor Base retención en la fuente ICA 3.357.950,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud \$ 1.516.060	\$ 1.516.060	\$ 1.516.060	Valor base IVA 0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión \$ 189.600	\$ 189.600	\$ 189.600	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00 19%	
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional \$ 242.600	\$ 242.600	\$ 242.600	Menos Retención en la Fuente 0,00 0,00%	
ARL \$ -	\$ -	\$ 0	Menos Retención IVA 0,00 15%	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias \$ 8.000	\$ 8.000	\$ 8.000	Reteica - 8299 32.438,00 0,966%	
Aportes voluntarios a cuentas AFC \$ -	\$ -	\$ -	Otras Retenciones 0,00 0,00%	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.128.000 \$ -	\$ -	\$ -	Otras Retenciones 0,00 0,00%	
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.560.700	\$ 902.101	\$ -	Otras Retenciones 0,00 0,00%	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ -	\$ -	\$ -	Otras Retenciones 0,00 0,00%	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ -	\$ -	\$ -	Otras Retenciones 0,00 0,00%	
Aportes A.R.L. de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ -	\$ -	\$ -	Otras Retenciones 0,00 0,00%	
Dependientes hasta \$ 1.139.424	\$ -	\$ -	Descuentos de Libranza 0,00	
Salud hasta \$ 569.712	\$ -	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00	
Renta Exenta 25% \$ 8.545.680	\$ 613.962	\$ -	VALOR A PAGAR \$ 3.757.712,00	
Retención en la Fuente Contingente \$ -	\$ -	\$ -		
SON: TRES MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL SETECIENTOS DOCE PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Orientar Formación Profesional Integral a los aprendices según programación de fichas. Acompañamiento a los aprendices en el desarrollo de procesos formativos y/o productivos. Actualizar contenidos y tecnologías en las diversas competencias del programa de formación. Elaboración y entrega de formatos y documentos requeridos en el proceso académico administrativo.				
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.			CAMILLO ANDRES CRUZ MANRIQUE 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,	
			NURY PATRICIA MALDONADO ZARATE 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				

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1030524737	Camilo Andres Cruz Manrique		calle 26 sur No 73A-23 bloque 4 entrada 5 apt 400	4036745	ingenierocamilocruz@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLADOS UPC
					1 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2020-08	2020-08	I	15/09/2020	45385988	\$440.500

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	189.700	0		0		0	0	0	0	189.700	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
230301	Porvenir	800224808-8	242.800	0	0	0	0	0	0		242.800	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	8.000				8.000	0	0	8.000			80	8.000	1

TOTALES CAJAS									
Código CCF	Nombre					NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte

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	189.700	189.700
Pensión	1	242.800	242.800
Riesgos Laborales	1	8.000	8.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	440.500	440.500

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1030524737	Camilo Andres Cruz Manrique		calle 26 sur No 73A-23 bloque 4 entrada 5 apt 200	4036745	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 UPC
					1 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2020-08	2020-08	I	15/09/2020	45385988	\$440.500

DETALLE POR COTIZANTE																																																
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES													
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Salud	Extranjero	Cotiz. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SEN	ROE	UMA	VAC	AVP	ACT	RL	CDRSG COA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Cotiz. del riesgo	Cotización de	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																	230301	1.517.000	242.800	0	0	0	0	0	EPS008	1.517.000	189.700	14-23	1.517.000	1	8.000		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

CERTIFICADO NO: 1616

FECHA DE EXPEDICION: 16/04/2020

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 2019

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 2018			\$0.00
SALDO A DICIEMBRE 31 DE 2019			\$110,651,556.14
TOTAL PAGADO POR CAPITAL EN 2019			\$1,711,743.86
TOTAL PAGADO POR INTERESES CORRIENTE EN 2019			\$5,412,610.66
TOTAL PAGADO POR INTERESES MORA EN 2019			\$0.00
TOTAL CORRECCION MONETARIA - PESOS EN 2019			\$0.00
SUMA DEDUCIBLE DEL PERIODO 2019			\$5,412,610.66

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