

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES		Código Regional	11
	REGIONAL DISTRITO CAPITAL		Código Centro	921010
	CENTRO DE ELECTRICIDAD Y ELECTRONICA Y TELECOMUNICACION - BTA DC		Fecha Elaboración	Noviembre de 2020
			Versión	AGOSTO 2020 - 5,20
		ID de Proceso	64040-716311	
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista: JEISSON JAIR SANTACRUZ CAMPOS		C.C. 80.118.284	IP/N° de contacto 0	
Correo electrónico contratista: jjsantacruz4@misena.edu.co				
Régimen del IVA: ☒ NO RESPONSABLE ☐ Pertenece al régimen simple de tributación? ☐ NO ☐ Es declarante de renta? ☐ NO ☐ Es Pensionado? ☐ NO				
Sus ingresos en el 2019 Superaron \$47.978.000 ☐ NO ☒ SI		Inducción SST ☐ SI ☒ NO Presta Servicios Excluidos de IVA ? ☐ NO ☒ SI		
Banco al cual consignar: DAVIVIENDA		Tipo de cta AHORROS	N° Cuenta 8900795538	
Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato? ☐ NO ☒ SI		Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2020 supera los \$ 117.503.000 ☐ NO ☒ SI		
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: 1883870/2020		N° Compromiso SIIF 53420		
Valor Total del Contrato \$ 7.359.480	N° Pago 2	Periodo objeto de pago Del 01/11/2020 Al 30/11/2020		Valor Bruto Pago \$ 3.679.740,00
Saldo Anterior del Contrato \$ 3.802.398			Comisiones \$ 0,00	
Nuevo Saldo del Contrato \$ 122.658				
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios \$ 3.679.740	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 \$ 3.679.740	Menos, Retefuente Otros Ingresos		\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 1.980.404	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	Noviembre	Octubre	Valor Base retención en la fuente 1.980.404,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC \$ 1.471.896	46524490	3.260.140,00	Valor Base retención en la fuente ICA 3.260.140,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud \$ 184.000	\$ 177.900	Valor base IVA 0,00	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión \$ 235.600	\$ 227.700	Menos Retención en la Fuente 0,00	Menos Retención en la Fuente 0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional \$ -	\$ 0	Menos Retención IVA 0,00	Menos Retención IVA 0,00	15%
ARL \$ 7.700	\$ 7.500	Reteica - 8299 31.493,00	Reteica - 8299 31.493,00	0,966%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias \$ -	\$ -	Otras Retenciones 0,00	Otras Retenciones 0,00	0,000%
Aportes voluntarios a cuentas AFC \$ -	\$ -	Otras Retenciones 0,00	Otras Retenciones 0,00	0,000%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.128.000 \$ -	\$ -	Otras Retenciones 0,00	Otras Retenciones 0,00	0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.560.700 \$ 251.627	\$ -	Otras Retenciones 0,00	Otras Retenciones 0,00	0,000%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ -	\$ -	Descuentos de Libranza 0,00	Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ -	\$ -	VALOR A PAGAR \$ 3.648.247,00		
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ -	\$ -			
Dependientes hasta \$ 1.139.424 \$ 367.974	\$ -			
Salud hasta \$ 569.712 \$ -	\$ -			
Renta Exenta 25% \$ 8.545.680 \$ 660.135	\$ -			
Retención en la Fuente Contingente \$ -	\$ -			
SON: TRES MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y SIETE PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
1955120 electricidad, comprender textos en inglés 1903580 electricidad, comprender textos en inglés 1903594 electricidad, comprender textos en inglés 2022619 electricidad, comprender textos en inglés 2049894 electricidad, comprender textos en inglés 1903598 electricidad, comprender textos en inglés 2022625 electricidad, comprender textos en inglés 2022626 electricidad, comprender textos en inglés 1964686 electricidad, comprender textos en inglés				
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	
CERTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO				
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí 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 periodo 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				

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO
CC	80118204	Jesison Jairo Santacruz Campos		Carrera 1F # 48z - 80 sur	7713872	jessonsantacruz44@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	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
					TOTAL A PAGAR
					\$413.100

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD											
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor			
EP19217	Farmasur EPS	830003864-7	177.900	0	0	0	0	0	0	0	0

TOTALES PENSIÓN											
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Subsistencia	Aporte FSP - Solidaridad	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar
231001	Colfondos	80022794046	227.700	0	0	0	0	0	0	0	227.700

TOTALES RIESGOS LABORALES											
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Afiliados	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal	No. Radicado Saldo a Favor
				No. Autorización	Valor	Sistemas					
14423	Positive Seguros	88001115346	7.500				7.500	0	0	7.500	75

TOTALES CAJAS						
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar

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	177.900	177.900
Pensión	1	227.700	227.700
Riesgos Laborales	1	7.500	7.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	413.100	413.100

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Bogotá, 29 de febrero de 2020

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIAJE (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.	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



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

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indice
Serial 50291773

NUIP 1076246103

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registradora ☐ Notario ☐ Número ☐ U.I. ☐ Consulado ☐ Comandante ☐ Inspección de Policía ☐ Código k 4 1

País: COLOMBIA CUNDINAMARCA ZIPAQUIRA

Datos del hijo(a)

Primer Apellido: SANTACRUZ Segundo Apellido: GOMEZ

Nombre: GABRIEL Nombre: SANTIAGO

Fecha de nacimiento: 17 de Diciembre de 2010 Lugar de nacimiento: MAGUILLINO POSITIVO

País: COLOMBIA CUNDINAMARCA ZIPAQUIRA

Tipo de documento emitido y clasificación de tarjeta

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO 103988721

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 CAJICA 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 COLOMBIANA

Datos del testigo

Apellidos y nombres completos: SANTACRUZ CAMPOS JEISSON JAIR

Documento de identificación (Clase y número): C.C. NO. 80.118.284 DE BOGOTA

Datos de otro testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número):

Datos de otro testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número):

Fecha de inscripción

Año 2010 Mes D I C Día 17

Reconocimiento paterno

Firma: [Firma]

Nombre y apellido: ARIEL YONS BARRERA

DECLARACIÓN PARA NOTAS

SE INSCRIBIO EN EL LIBRO DE VARIOS TOMO 95 FOLIO 185 DE 17 diciembre 2010

AAH

NOTARIA PRIMERA DE
CIRCULO DE ZIPAQUIRA

TOMO

FOLIO

SERIAL 50291773

VA. [Firma]

SOE [Firma]

2020117 724 DE Bogota

COPIA AUTÉNTICA DEL ORIGINAL

Se cumplieron los requisitos de los Artículos 55 y 115 del decreto 1260/70 y la del decreto 278/72. Se expide en Zipaquirá, República de Colombia

17 DIC 2010

ARIEL YONS BARRERA
NOTARIO



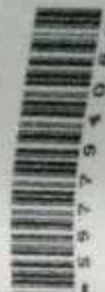
REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP	1031544699
------	------------

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

59779408



Datos de la oficina de registro - Clase de oficina							
Registraduría	☐	Notaría	☒	Número	☐	Coronado	☐
Corregimiento	☐	Inspección de Policía	☐	Código	A	X	D
País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección de Policía							
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C. NOTARÍA 23 BOGOTÁ DC							

Datos del inscrito			
Primer Apellido		Segundo Apellido	
SANTACRUZ		JIMENEZ	
Nombre(s)			
MARIA ANGEL			
Fecha de nacimiento			
Año	2019	Mes	AGO
Día	30	Sexo (en letras)	
FEMENINO		Grupo sanguíneo	Factor RH
A		POSITIVO	
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección)			
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ 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	2019	Mes	SEP
Día	11	ALFONSO MONTEALEGRO SERRA	
		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 -