SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL CASANARE
CENTRO AGROINDUSTRIAL Y FORTALECIMIENTO EMPRESARIAL DE CASANARE - SERVICIOS PREST

Código Regional	**85**
Código Centro	**951910**
Fecha Elaboración	**Abril de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**35253-678603**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	JOSE RODRIGO CASTRO FORERO	**C.C.**	80.357.756	**IP/Nº de contacto**	3103357431
Correo electrónico contratista:	jorocafo@misena.edu.co				

Régimen del IVA: NO RESPONSABLE **Pertenece al régimen simple de tributación?** NO **Es declarante de renta?** NO **Es Pensionado?** NO

Banco al cual consignar: BANCO CAJA SOCIAL **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** SI

Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000: NO **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 24093465047

Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2023 supera los $ 169'648.000 (debe cambiarse a responsable IVA) NO

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato: 4479961/2023 **Nº Compromiso SIIF** **1723**

Valor Total del Contrato	$ 31.355.910	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 23.923.398	**4**	**Del**	**01/04/2023**	**Al**	**30/04/2023**	**$ 3.483.990,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 20.439.408		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES PARA ORIENTAR FPI PRESENCIAL QUE EL CENTRO PROGRAME EN SEDE PRINCIPAL, SUBSEDES O EN LOS MUNICIPIOS DEL ÁREA DE INFLUENCIA, PARA LA RED DE CONOCIMIENTO AGRICOLA, RAD. 85-9-2023-000230

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.483.990		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	**$ 3.483.990**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.042.843**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Abril	Marzo
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**4491568926**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.393.596	$ 1.393.596
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 174.200	$ 174.200
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 223.000	$ 223.000
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 14.600	$ 14.600
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 870.997	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC $ 13.430.466	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $ 13.430.466	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 4.241.200	$ -	
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 $ 1.357.184	$ 348.399	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 680.948	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.042.843,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.086.790,00	
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	34.840,00	1,000%
-	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	**$3.449.150,00**	

SON: TRES MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL CIENTO CINCUENTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

impartir formación en titulada Operario en Procesos de panadería ficha 2675344 total de horas 40
comp:ALMACENAR PRODUCTOS ALIMENTICIOS SEGÚN NATURALEZA DEL PRODUCTO Y TÉCNICAS DE ALMACENAMIENTO
impartir formación en titulada Tecnico de panadería ficha 2713454 total de horas 60
comp:PROMOVER LA INTERACCION IDONEA CONSIGO MISMO, CON LOS DEMAS Y CON LANATURALEZA EN LOS CONTEXTOS LABORAL Y SOCIAL
rap: Asumir los deberes y derechos con base en las leyes y la normativa institucional en el marco de su Proyecto de vida.
impartir formación complentaria ELABORACION DE PRODUCTOS BASICOS DE PASTELERIA ficha 2725073 total de horas 120
comp:ELABORAR PRODUCTOS DE PASTELERÍA DE ACUERDO CON EL PROGRAMA DE PRODUCCIÓN Y NORMATIVIDAD VIGENTE.
rap:ALISTAR MAQUINARIA Y EQUIPOS REQUERIDOS PARA LA ELABORACIÓN DE ALIMENTOS DE PASTELERÍA TENIENDO EN CUENTA LAS NORMAS DE SEGURIDAD
TOTAL DE HORAS DIRECTAS AFORMACION 220 HORAS ADICIONALES 12 HORAS TOTAL DE HORAS 232 horas horas a cobrar 160 horas

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.

JOSE RODRIGO CASTRO FORERO
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,

MONICA LUCIA MANCIPE RIVERA
INSTRUCTOR G11

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

JOHANA ASTRID MEDINA PEÑA
DIRECTORA REGIONAL CON FUNCIONES DE SUBDIRECTOR DE CENTRO

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	80357756
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JOSE RODRIGO CASTRO FORERO
CIUDAD/MUNICIPIO:	YOPAL	DEPARTAMENTO:	CASANARE
DIRECCIÓN:	CALLE 15A NUMERO 1490	TELÉFONO:	8310810
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Educación tecnológica.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**4491568926**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES marzo	AÑO 2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES marzo	AÑO 2023
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2023/04/05	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9993872533

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	1	$ 223.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 223.100	$ 0	$ 223.100
SUBTOTALES:										**$ 223.100**	**$ 0**	**$ 223.100**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 174.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 174.300	$ 0	$ 0	$ 174.300
SUBTOTALES:													**$ 174.300**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 174.300**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 14.600	$ 14.600	$ 0	$ 0	$ 14.600
SUBTOTALES:									**$ 14.600**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 14.600**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																		SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES						
																											PENSIÓN								SALUD						ARP														
																														FSP		APORTES VOLUNTARIOS																								
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF	ADMIN	TOTAL APORTE	SENA	TOTAL APORTE	ICBF	TOTAL APORTE	ESAP	TOTAL APORTE	MINEDU	TOTAL APORTE
1	CC 80357756	CASTRO JOSE RODRIGO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.394.000				NO																		230201-PROTECCION	30	$ 1.394.000	$ 223.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 223.100	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.394.000	$ 174.300	$ 0	$ 174.300	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.394.000	80357756	$ 14.600		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 412.000**

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Yopal, 30 de abril de 2023

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 contratista de prestación de servicios personales yen 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 las personas relacionadas a continuación,tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

NUIP – NIP	**1070622250**	**LAURA VALENTINA CASTRO PUENTES**	**HIJO**
NUIP – NIP	**1070614428**	**SAMUEL RODRIGO CASTRO MARIÑO**	**HIJO**

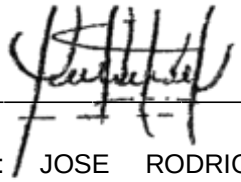
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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, paraefecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de misingresos 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: JOSE RODRIGO CASTRO

FOREROC.C. 80.357.756

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1.070.622.250

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 152528671

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código J 4 M

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

REGISTRADURIA DE GIRARDOT - COLOMBIA - CUNDINAMARCA - GIRARDOT

Datos del inscrito

Primer Apellido: CASTRO | Segundo Apellido: PUENTES

Nombre(s): LAURA VALENTINA

Fecha de nacimiento: Año 2015 Mes AGO Día 08 | Sexo (en letras): FEMENINO | Grupo sanguíneo: A | Factor RH: POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección): COLOMBIA CUNDINAMARCA GIRARDOT

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO | Número certificado de nacido vivo: 52990236-7

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: PUENTES RIOS WENDY JOHANA

Documento de identificación (Clase y número): CC 1.069.177.785 | Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: CASTRO FORERO JOSE RODRIGO

Documento de identificación (Clase y número): CC 80.357.756 | Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: CASTRO FORERO JOSE RODRIGO

Documento de identificación (Clase y número): CC 80.357.756 | Firma:

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 2015 Mes SEP Día 02

Nombre y firma del funcionario que autoriza: DERLY CAICEDO BARRIOS - REGISTRAD

Firma(s) y firma

Reconocimiento paterno: Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento: Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

02.SEP.2015 - LIBRO DE VARIOS - TOMO 41 FOLIO 0223.

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

ES FIEL COPIA TOMADA DE SU ORIGINAL, SE EXPIDE PARA ACREDITAR PARENTESCO DE CONFORMIDAD CON EL ARTICULO 115 DEL DECRETO LEY 1260 DE 1970,
VALIDO SIN SELLO DECRETO 2150 DE 1995.

DERLY CAICEDO BARRIOS
Registradora Especial del Estado Civil (E)
Girardot, Cundinamarca

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial **51877140**

NUIP **1.070.614.428**

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código J 4 M

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

REGISTRADURIA DE GIRARDOT - COLOMBIA - CUNDINAMARCA - GIRARDOT

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
CASTRO	MARIÑO

Nombre(s): SAMUEL RODRIGO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2012 Mes SEP Día 07	MASCULINO	O	NEGATIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección): COLOMBIA CUNDINAMARCA GIRARDOT

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	11212773-6

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: MARIÑO PIRAGAUTA MELIDA LILIANA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 39.584.101	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: CASTRO FORERO JOSE RODRIGO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 80.357.756	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: CASTRO FORERO JOSE RODRIGO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 80.357.756	

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 2012 Mes OCT Día 03

Nombre y firma del funcionario que autoriza

FANNY FUSSE MEJIA - REGISTRADOR..

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Firma:

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

03.OCT.2012 - LIBRO DE VARIOS - TOMO 34 FOLIO 0284.

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -