SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL SANTANDER
CENTRO AGROEMPRESARIAL Y TURISTICO DE LOS ANDES-SANTANDER

Código Regional	**68**
Código Centro	**954510**
Fecha Elaboración	**23 de Junio de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**25654-805459**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	GERMAN AUGUSTO CASTILLO RODRIGUEZ	**C.C.**	13.927.911	**IP/Nº de contacto**	3123411383
Correo electrónico contratista:	gac_rodriguez@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 FALABELLA **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** NO

Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000: NO **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 116020295144

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:	4654539/2023		**Nº Compromiso SIIF**	**11023**	
Valor Total del Contrato	$ 22.982.067	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**		**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 13.762.517	**4**	**Del** 01/05/2023 **Al**	31/05/2023	**$ 4.008.500,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 9.754.017		Legalización comisiones del periodo	$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR:PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN ELCATA DE CARÁCTER TEMPORAL PERIODO FIJO PARA LA GESTIÓN CURRICULAR Y LA EJECUCIÓN DE ACCIONES DE FORMACIÓN TITULADA Y COMPLEMENTARIA, INTEGRACIÓN CON LA MEDIA EN SISTEMAS Y MANTENIMIENTO DE EQUIPOS 5M 22

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.008.500	Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°		2,75%
		Retencion en la Fuente del Periodo		$ 129.634
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 4.008.500			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 8.017.000**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 4.711.425**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**		**$ 129.634**

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

	Mayo	Abril
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**7878955244**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.603.400	$ 1.603.400
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 200.500	$ 200.500
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 256.600	$ 256.600
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 8.400	$ 8.400
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 / $ 2.004.250	$ -	
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	$ 262.700	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 205.200	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 8.600	
Dependientes hasta $ 1.357.184	$ 801.700	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 1.570.475	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	4.711.425,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.008.500,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	129.634,00	2,75%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299	0,00	0,600%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Sobretasa Bomberil	0,00	10,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$3.878.866,00**	

SON: TRES MILLONES OCHOCIENTOS SETENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Realizar ejecución de las fichas 2471386, 2471465, 2695334, 2695337 y 2695338
Pago de aportes como independiente al sistema de salud
Generar la planilla de pago en plataforma sicontratista
Desplazamiento Lunes y Martes de todas las semanas a Instituto Isidoro Miranda para orientar la formación.
Desplazamiento el miércoles de todas las semanas a Institución Educativa del municipio de la Uvita para orientar la formación.
Desplazamiento el jueves de todas las semanas a la Institución Educativa del municipio de Panqueba para orientar la formación
Desplazamiento el viernes de todas las semanas a la Institución Educativa del municipio de Macaravita para orientar la formación.
Se reportan 160 horas para el presente mes.

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.

GERMAN AUGUSTO CASTILLO RODRIGUEZ
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,

DARY MILENA SALAZAR SUAREZ
INSTRUCTOR G17

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

YADIMYR OSWALDO GARCIA REYES

SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Banco Falabella
Hablamos mirándote a los ojos

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	13927911
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			GERMAN AUGUSTO CASTILLO RODRIGUEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	MALAGA	DEPARTAMENTO:	SANTANDER
DIRECCIÓN:	CRA 9A N. 16 - 50	TELÉFONO:	6000000
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7878955244**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2023	SALUD:	AÑO:	2023
DÍAS DE MORA:		50			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2023/06/23	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		4983606

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	$ 271.700
SUBTOTAL:			1	**$ 271.700**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900156264	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	$ 212.300
SUBTOTAL:			1	**$ 212.300**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 8.900
SUBTOTAL:			1	**$ 8.900**

VALOR SIN MORA:	**$ 465.500**
VALOR MORA:	**$ 27.400**
TOTAL PAGADO:	**$ 492.900**

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Málaga, 23 de junio de 2023

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Málaga

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 las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

T.I.	**1096955114**	**Jose Manuel Castillo Suárez**	**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, 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: German Augusto Castillo Rodríguez

C.C. 13927911

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

Adhesivo Copia Registro Civil
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL 25025579-6

50705161

NUIP 1.096.955.114

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 50705161

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [X] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** 0 4 2

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

REGISTRADURIA DE MALAGA - COLOMBIA - SANTANDER - MALAGA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
CASTILLO	SUAREZ

Nombre(s)

JOSE MANUEL

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2012 Mes JUN Día 02	MASCULINO	A	POSITIVO

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

COLOMBIA SANTANDER MALAGA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	52858939-9

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

SUAREZ TOLOZA BETTY JENIETH

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 63.559.622	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

CASTILLO RODRIGUEZ GERMAN AUGUSTO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 13.927.911	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

CASTILLO RODRIGUEZ GERMAN AUGUSTO

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 13.927.911	

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 2012 Mes JUN Día 06	JUAN ANDRES FUENTES BLANCO - REGI Nombre y firma

Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

06.JUN.2012 - LIBRO DE VARIOS - SE ABRE 2DO LIBRO DE VARIOS CON FOLIO 008

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -