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** | **Julio de 2023** |
| **Versión** | **ENERO 2023 - 1,23** |
| **ID de Proceso** | **77542-179068** |

## 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** | $ 13.471.428 | **7** | **Del** | **01/07/2023** | **Al** | **31/07/2023** | **$ 3.483.990,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 9.987.438 | | 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

| | Julio | Junio |
|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | ---------- | **4508088837-450** |
| **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 | 3.483.990,00 | |
| 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 Tecnico de panadería ficha 2713454 total de horas 54
comp:PLANEAR LA PRODUCCIÓN SEGÚN LOS REQUERIMIENTOS DEL MERCADO Y NORMAS TÉCNICAS NACIONALES VIGENTES
rap:ELEMENTOS, ELABORACIÓN, ESTÁNDARES: DEFINICIÓN, TIPOS, APLICACIÓN, INDICADORES PLANES: DEFINICIÓN, TIPOS, APLICACIONES CRONOGRA
TOTAL DE HORAS EJECUTADAS julio 69, se cobraran 39 horas del de marzo y 52 del mes de abril
TOTAL DE HORAS EJECUTADAS 160
ANEXO REAJUSTE PLANILLA 4509670149

**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: | | **4508088837** | | TIPO DE PLANILLA: | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | junio AÑO | 2023 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES junio AÑO 2023 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2023/07/13 | | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 9995062893 |

**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 | $ 329.100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 329.100 | $ 0 | $ 329.100 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 329.100** | **$ 0** | **$ 329.100** |

**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 | $ 257.100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 257.100 | $ 0 | $ 0 | $ 257.100 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 257.100** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 257.100** |

**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 | $ 10.800 | $ 10.800 | $ 0 | $ 0 | $ 10.800 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 10.800** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 10.800** |

**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 FORERO JOSE RODRIGO | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.394.000 | | | | NO | | | | | | | | 01-30 | | | | | | | | | | 230201-PROTECCION | 30 | $ 2.056.750 | $ 329.100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 329.100 | EPS005-SANITAS S.A. | 30 | $ 2.056.750 | $ 257.100 | $ 0 | $ 257.100 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 2.056.750 | 80357756 | $ 10.800 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| | |
|---|---|
| **TOTAL** | **$ 597.000** |

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

### 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: | | | 4509670149 | TIPO DE PLANILLA: | | | N-CORRECCIONES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | junio | AÑO 2023 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | junio | AÑO 2023 |
| DÍAS DE MORA: | | | 19 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | | 2023/08/02 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | | 9995271007 |
| NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA: | | | 4508088837 | FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA: | | | 2023/07/13 |

### 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 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

### 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 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | | | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

### 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 | $ 10.700 | $ 10.700 | $ 300 | $ 0 | $ 11.000 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | $ 10.700 | $ 300 | $ 0 | $ 11.000 |

### LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | PENSIÓN | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | IBC | CCF | | SENA | ICBF | ESAP | MINEDU |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS 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 | | ADMIN | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE |
| 1 | CC 80357756 | CASTRO FORERO JOSE RODRIGO | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.354.000 | | | | NO | | | | | | | A | 01-30 | | | | | | | | | 230201-PROTECCION | 30 | $ 2.056.750 | $ 329.100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 329.100 | EPS005-SANITAS S.A. | 30 | $ 2.056.750 | $ 257.100 | $ 0 | $ 257.100 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 2.056.750 | 80357756 | $ 10.800 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 2 | CC 80357756 | CASTRO FORERO JOSE RODRIGO | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.354.000 | | | | NO | | | | | | | C | 01-30 | | | | | | | | | 230201-PROTECCION | 30 | $ 2.056.750 | $ 329.100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 329.100 | EPS005-SANITAS S.A. | 30 | $ 2.056.750 | $ 257.100 | $ 0 | $ 257.100 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 2.056.750 | 80357756 | $ 21.500 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 3 | CC 80357756 | CASTRO FORERO JOSE RODRIGO | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.354.000 | | | | NO | | | | | | | R | 01-30 | | | | | | | | | 230201-PROTECCION | 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 0 | EPS005-SANITAS S.A. | 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 0 | $ 0 | 80357756 | $ 10.700 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| TOTAL | $ 11.000 |
|---|---|

*CERTIFICACION DEPENDIENTES*

Yopal, 31 de julio 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** |

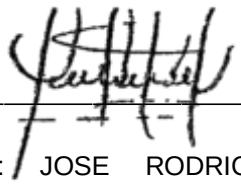
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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

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 -