SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

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

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **68** |
| **Código Centro** | **954110** |
| **Fecha Elaboración** | **30 Noviembre de 2023** |
| **Versión** | **ENERO 2023 - 1,23** |
| **ID de Proceso** | **46516-300173** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | GERARDO CASTILLO GARCIA | **C.C.** | 91.074.675 | **IP/Nº de contacto** | 73876 |
| **Correo electrónico contratista:** | gcastillo@sena.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:** DAVIVIENDA **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** 0550048800036591

**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:** 4572249/2023 **Nº Compromiso SIIF** **11323**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Valor Total del Contrato** | $ 42.060.788 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 6.008.684 | **10** | **Del** | **01/11/2023** | **Al** | **30/11/2023** | **$ 4.096.830,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 1.911.854 | | Legalización comisiones del periodo | | | $ 0,00 | |

**OBJETO CONTRACTUAL:** (Descripciòn del servicio prestado)

Prestar servicios personales de carácter temporal para apoyar la formación profesional de nivel técnico programada por el centro para el programa de articulación con la media en la red de conocimiento informática, diseño y desarrollo de software en el área temática infraestructura

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 4.096.830 | | 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** | **$ 4.096.830** | | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 2.402.135** | | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

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

| | Noviembre | Octubre |
|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | ---------- | **7901144138** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 1.638.732 | $ 1.638.732 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 204.900 | $ 204.900 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 262.200 | $ 262.200 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 |
| ARL II | $ 17.200 | $ 17.200 |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 1.024.207 | $ - | |
| 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 | $ 409.683 | |
| Salud hasta $ 678.592 | $ - | |
| Renta Exenta 25% $ 2.792.123 | $ 800.712 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 2.402.135,00 | TARIFA |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 4.096.830,00 | |
| 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 | 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** | **$4.096.830,00** | |

**SON: CUATRO MILLONES NOVENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS TREINTA PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

```
FICHA 2704939 TCO SISTEMAS CHARALA::  realizar mantenimient-nov 1-4-8-11-15-18-22-25-29 HORAS:49 COMPETENCIA: mantener equipos de cómp
FICHA 2704910 TC SISTEMAS - PALMAS: realizar mantenimiento-nov 3-10-17-20-24-27  HORAS:34 COMPETENCIA: mantener equipos de cómp
FICHA 2696245 TC. SISTEMAS-SAN GIL: realizar mantenimiento-nov 7-14-21-28 HORAS:20 COMPETENCIA: mantener equipos de cómputo
FICHA 2506671 TCO SISTEMAS SAN GIL:comprobar la situación-nov 2-9-16-23-30 HORAS:25 COMPETENCIA: mantener equipos de cómputo
Etapa Práctica: Aplicar en la resolución de problemas reales del sector productivo, los conocimientos habilidades y destrezas HORAS:28
Desarrollo curricular: Alistamiento según el desarrollo del proyecto formativo noviembre 2-9 HORAS:4
OTROS: Gestión de documentación y actividades para las fichas 2697646, 2709116, 2714061 noviembre 2-20 HORAS 7
TOTAL HORAS: 170
```

**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.

**GERARDO CASTILLO GARCIA**
**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,

**OSCAR WILLIAM VERGARA ROMERO**
**INSTRUCTOR G19**

**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**

**PATRICIO SUAREZ HURTADO**

**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)**

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 91074675 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | GERARDO CASTILLO GARCIA |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | CHARALA | DEPARTAMENTO: | SANTANDER |
| DIRECCIÓN: | CR 17 23-11 | TELÉFONO: | 7258396 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | **7901144138** | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES octubre | AÑO 2023 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES octubre | AÑO 2023 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2023/11/07 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 262685141 |

**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 |
| 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 262.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 262.400 | $ 0 | $ 262.400 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 262.400** | **$ 0** | **$ 262.400** |

**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 |
| EPS046 | EPS046-SALUD MIA EPS | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 205.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 205.000 | $ 0 | $ 0 | $ 205.000 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 205.000** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 205.000** |

**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 | $ 17.200 | $ 17.200 | $ 0 | $ 0 | $ 17.200 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 17.200** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 17.200** |

**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 | | SENA | ICBF | ESAP | MINEDU |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ADMIN | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE |
| 1 | CC 91074675 | CASTILLO GARCIA GERARDO | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.640.000 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 1.640.000 | $ 262.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 262.400 | EPS046-SALUD MIA EPS | 30 | $ 1.640.000 | $ 205.000 | $ 0 | $ 205.000 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 1.640.000 | 1 | $ 17.200 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| | |
|---|---|
| **TOTAL** | **$ 484.600** |

**FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS**

San Gil, 30 de noviembre de 2023

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)

San Gil

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:

| | | | |
|---|---|---|---|
| **NUIP - NIP** | **1097125450** | **JUAN DIEGO CASTILLO CADENA** | **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: GERARDO CASTILLO GARCIA

C.C. 91074675 de San Gil

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

**NUIP** 1097125450

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

**Indicativo Serial** 55059902

***Datos de la oficina de registro - Clase de oficina***

| Registraduria | Notaria | Número | Consulado | Corregimiento | Inspección de Policía | Código |
|---|---|---|---|---|---|---|
| [ ] | [X] | 07 | [ ] | [ ] | [ ] | Q 5 E |

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

COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA

***Datos del inscrito***

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| CASTILLO | CADENA |

**Nombre(s)**

JUAN DIEGO **********

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2014 Mes JUL Día 16 | Masculino | A | Positivo |

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

COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA

| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO DE NACIDO VIVO | 12678627-8 |

***Datos de la madre***

**Apellidos y nombres completos**

CADENA SARMIENTO MABEL CRISTINA

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC NRO.63.516.094 DE B/MANGA | COLOMBIANA |

***Datos del padre***

**Apellidos y nombres completos**

CASTILLO GARCIA GERARDO

| Documento de Identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC NRO. 91.074.675 DE SAN GIL | COLOMBIANO |

***Datos del declarante***

**Apellidos y nombres completos**

CASTILLO GARCIA GERARDO

| Documento de Identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| CC NRO. 91.074.675 DE SAN GIL | |

18 JUL 2014

***Datos primer testigo***

**Apellidos y nombres completos**

**********

**Documento de Identificación (Clase y número)**

**********

***Datos segundo testigo***

**Apellidos y nombres completos**

**********

| Documento de Identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| ********** | |

REPUBLICA DE COLOMBIA Notaria Septima Bucaramanga DPTO DE SANTANDER

| *Fecha de Inscripción* | *Nombre y firma del funcionario que autoriza* |
|---|---|
| Año 2014 Mes JUL Día 16 | HECTOR ELIAS ARIZA VELASCO NOTARIO SEPTIMO CIRCULO DE BUCARAMANGA Nombre y firma |

| *Reconocimiento paterno* | *Nombre y firma del funcionario ante quien se firma el reconocimiento* |
|---|---|
| Firma | HECTOR ELIAS ARIZA VELASCO NOTARIO SEPTIMO CIRCULO DE BUCARAMANGA Nombre y firma |

**ESPACIO PARA NOTAS**

RECONOCIMIENTO PATERNO VOLUNTARIO INSCRITO EN EL LIBRO DE VARIOS TOMO 148 FOLIO 012 BIS. ZJTR

16 JUL 2014

HECTOR ELIAS ARIZA VELASCO
NOTARIO SEPTIMO CIRCULO DE BUCARAMANGA

REPUBLICA DE COLOMBIA Notaria Septima Bucaramanga DPTO DE SANTANDER

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

OFIXPRES SAS NIT. 900.156.826-1 100238573