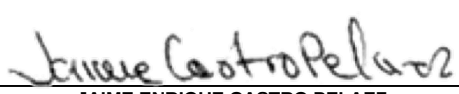


 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL BOYACÁ		Código Regional	15
	CENTRO DE DESARROLLO AGROPECUARIO Y AGROINDUSTRIAL - BOYACA - S		Código Centro	911010
			Fecha Elaboración	Marzo de 2020
			Versión	FEBRERO 2020 - 2,20
			ID de Proceso	26098-556964
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista:	JAIME ENRIQUE CASTRO PELAEZ		C.C.	91.488.424
Correo electrónico contratista:	jaimecastrop@misena.edu.co		IP/N° de contacto	3115854340
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	Es declarante de renta?	NO	Es Pensionado?
Sus ingresos en el 2019 Superaron \$47.978.000	NO	Inducción SST	SI	Presta Servicios Excluidos de IVA ?
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA	Tipo de cta	AHORROS	N° Cuenta
Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato?	NO	Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2020 supera los \$ 117.503.000	NO	
DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO				
N° del contrato:	1384495/2020	N° Compromiso SIIF	22420	
Valor Total del Contrato	\$ 27.826.933	N° Pago	Periodo objeto de pago	
Saldo Anterior del Contrato	\$ 26.617.067	2	Del	31/03/2020
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 23.825.067	Comisiones	\$ 0,00	
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios	\$ 2.792.000	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	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0	
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 2.792.000	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 1.645.875			
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	Marzo	Febrero	Valor Base retención en la fuente	1.645.875,00
Ingreso Base de Cotización - IBC	-----	7745773272	Valor Base retención en la fuente ICA	2.473.700,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 1.116.800	\$ 877.803	Valor base IVA	0,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 139.600	\$ 109.800	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ 178.700	\$ 140.500	Menos Retención en la Fuente	0,00
ARL	\$ -	\$ 0	Menos Retención IVA	0,00
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ 5.900	\$ 4.600	Retenida - 8299	0,00
Aportes voluntarios a cuentas AFC	\$ -	\$ -	0,00	0,000%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.128.000	\$ -	\$ -	0,00	0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.560.700	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Aportes A.R.L. de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Dependientes hasta \$ 1.139.424	\$ 279.200	\$ -	Descuentos de Libranza	0,00
Salud hasta \$ 569.712	\$ -	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00
Renta Exenta 25% \$ 8.545.680	\$ 548.625	\$ -	VALOR A PAGAR	\$ 2.792.000,00
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	\$ -		
SON: DOS MILLONES SETECIENTOS NOVENTA Y DOS MIL PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
<p>Se realizo Formación presencial para las siguientes fichas</p> <p>Fichas 2084859 y 2085465 en Higiene y Manipulación de alimentos, con la Competencia: Manipular Alimentos de acuerdo con normatividad vigente, y sus cuatro resultados de aprendizaje, llevando a cabo el siguiente acompañamiento: 2 al 6 de marzo: Ficha 2084859 recoger cédulas, verificar información, proceso de matrícula y creación y asociación de aprendices a ruta de aprendizaje formación en higiene y manipulación de alimentos haciendo seguimiento y acompañamiento a los RAP: Registrar información del plan de saneamiento básico, aplicar BPM en la elaboración de productos alimentarios, Identificar factores de contaminación de los alimentos y medidas preventivas, y verificar cumplimiento de programas de limpieza y desinfección, control de plagas, manejo de residuos sólidos de acuerdo con la legislación vigente, emisión de juicios evaluativos.</p> <p>9 al 13 de marzo/2020 ficha 2085465 formación en higiene y manipulación de alimentos haciendo seguimiento y acompañamiento a los RAP: Registrar información del plan de saneamiento básico, aplicar BPM en la elaboración de productos alimentarios, Identificar factores de contaminación de los alimentos y medidas preventivas, y verificar el cumplimiento de programas de limpieza y desinfección, control de plagas, manejo de residuos sólidos, de acuerdo con la legislación vigente. Cierre ficha, emisión de juicios evaluativos.</p> <p>16 a 20 de marzo/2020, asistencia a webinars, ejecución de actividades asignadas por coordinación, asistencia a webinars.</p> <p>17 de marzo/2020 entrega de informe contractual CEDEAGRO. 24 a 27 de marzo: ejecución de actividades asignadas por coordinación.</p> <p>30 y 31 de marzo/2020 ejecución de actividades asignadas por coordinación, asistencia a webinars.</p>				
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 suministrada es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí diligenciados.			 JAIME ENRIQUE CASTRO PELAEZ EL CONTRATISTA	
CERTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO				
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:			Autorizo el presente pago. El Supervisor,	
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.				
Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:			LUIS ALBERTO CARDENAS RODRÍGUEZ COORDINADOR ACADÉMICO	
EL ORDENADOR DEL PAGO				
IVAN MAURICIO ROJAS RUIZ SUBDIRECTOR DE CENTRO G02				

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA							
TIPO IDENTIFICACIÓN:		CEDULA DE CIUDADANIA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:		NÚMERO PLANILLA:		7745777723		TIPO DE PLANILLA:		N-CORRECCIONES	
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:		JAIME ENRIQUE CASTRO PELAEZ		PERIODO COTIZACIÓN OTROS		MES		febrero AÑO		2020	
CIUDAD/MUNICIPIO:		YOPAL DEPARTAMENTO:		DÍAS DE MORA:		0		PERIODO COTIZACIÓN SALUD:		MES	
DIRECCIÓN:		CALLE 19 13-56 TELÉFONO:		FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2020/03/04		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		573532684	
TIPO APORTANTE:		02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE:		I-INDEPENDIENTE		7745773272		FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:		2020/03/04	
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							

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		
231001	231001-COLFONDOS	1	\$ 151.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 151.400	\$ 0	\$ 151.400		
SUBTOTALES:										\$ 151.400	\$ 0	\$ 151.400		

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	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUOVA EPS	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 118.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 118.200	\$ 0	\$ 0	\$ 118.200
SUBTOTALES:													\$ 118.200	\$ 0	\$ 0	\$ 118.200

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	\$ 9.900	\$ 9.900	\$ 0	\$ 0	\$ 9.900
SUBTOTALES:									\$ 9.900	\$ 0	\$ 0	\$ 9.900

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																			
DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES										SEGURIDAD SOCIAL																PARAFISCALES															
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BASICO	SAL INTEGRAL COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN										SALUD						ARP				IBC	CCF			SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
																								ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		APORTES VOLUNTARIOS	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE		ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE				
1	CC 91488424	CASTRO PELAEZ JAIME ENRIQUE	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		\$ 877.803		NO						A											231001-COLFONDOS	30	\$ 877.803	\$ 140.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 140.500	EPS037- NUEVA EPS	30	\$ 877.803	\$ 109.800	\$ 0	\$ 109.800	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	\$ 877.803	91488424	\$ 9.200		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
2	CC 91488424	CASTRO PELAEZ JAIME ENRIQUE	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		\$ 877.803		NO						C		01-30									231001-COLFONDOS	30	\$ 1.824.000	\$ 291.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 291.900	EPS037- NUEVA EPS	30	\$ 1.824.000	\$ 228.000	\$ 0	\$ 228.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	\$ 1.824.000	91488424	\$ 19.100		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
3	CC 91488424	CASTRO PELAEZ JAIME ENRIQUE	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		\$ 877.803		NO						R		01-30									231001-COLFONDOS	0	\$ 946.197	\$ 151.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 151.400	EPS037- NUEVA EPS	0	\$ 946.197	\$ 118.200	\$ 0	\$ 118.200	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	0	\$ 946.197	91488424	\$ 9.900		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL	\$ 279.500
-------	------------

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Duitama, 17 de marzo 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.	1052402855	Jaime Santiago Castro Lucero	HIJO
-------------	-------------------	-------------------------------------	-------------

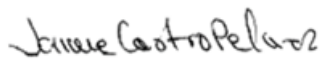
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Elija un elemento.

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: Jaime Castro Peláez

C.C.91488424 de Bucaramanga

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

* 5 2 1 4 1 1 5 3 *



- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

NUIP 1.052.402.855

**REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO**

**Indicativo
Serial** 52141153

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina							
Registraduría ☒	Notaría ☐	Número ☐	Consulado ☐	Corregimiento ☐	Inspección de Policía ☐	Código	D X X
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía							
REGISTRADURIA DE DUITAMA - COLOMBIA - BOYACA - DUITAMA.....							

Datos del inscrito			
Primer Apellido		Segundo Apellido	
CASTRO.....		LUCERO.....	
Nombre(s)			
JAIME SANTIAGO.....			
Fecha de nacimiento		Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo
Año	Mes	Día	Factor RH
2 0 1 2	O C T	0 3 MASCULINO.....	O..... POSITIVO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)			
COLOMBIA BOYACA DUITAMA.....			

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO.....	11276933-1.....

Datos de la madre	
Apellidos y nombres completos	
LUCERO BENAVIDES ROSA ANA BELLY.....	
Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 36.755.793.....	COLOMBIA.....

Datos del padre	
Apellidos y nombres completos	
CASTRO PELAEZ JAIME ENRIQUE.....	
Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 91.488.424.....	COLOMBIA.....

Datos del declarante	
Apellidos y nombres completos	
CASTRO PELAEZ JAIME ENRIQUE.....	
Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 91.488.424.....	<i>Jaime Castro Pelaez</i>

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	Mes	Día	
2 0 1 2	O C T	0 3	
		HENRY MARTINEZ MAHECHA / REGISTRA	
		Nombre y firma	