

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL BOYACÁ		Código Regional	15
			Código Centro	911010
			Fecha Elaboración	Junio de 2020
	CENTRO DE DESARROLLO AGROPECUARIO Y AGROINDUSTRIAL - BOYACA - S		Versión	MAYO 2020 - 4,20
			ID de Proceso	12413-245570
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista: JAIME ENRIQUE CASTRO PELAEZ		C.C. 91.488.424	IP/N° de contacto 3115854340	
Correo electrónico contratista: jecastrop@sena.edu.co				
Régimen del IVA: ☐ NO RESPONSABLE		Pertenece al régimen simple de tributación? ☐ NO		Es declarante de renta? ☐ NO
Sus ingresos en el 2019 Superaron \$47.978.000 ☐ NO		Inducción SST ☐ SI		Presta Servicios Excluidos de IVA ? ☐ NO
Banco al cual consignar: BANCOLOMBIA		Tipo de cta AHORROS	N° Cuenta 36329468873	
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		
Tiene contratos de prestación de servicios con otras Entidades Públicas: ☐ NO				
Se acogió para el mes anterior, al pago parcial del aporte al Sistema General de Pensiones según el Art. 3 del Decreto N° 558: ☐ SI				
Se acogió para el mes objeto de cobro, al pago parcial del aporte al Sistema General de Pensiones según el Art. 3 del Decreto N° 558: ☐ 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 5	Periodo objeto de pago		Valor Bruto Pago \$ 2.792.000,00
Saldo Anterior del Contrato \$ 18.241.067		Del 01/06/2020	Al 30/06/2020	
Nuevo Saldo del Contrato \$ 15.449.067		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				
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO \$ 2.792.000	Menos, Rete Fuente Otros Ingresos		\$ 0	
BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE \$ 1.645.875	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0	
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	Junio	Mayo	Valor Base retención en la fuente 1.645.875,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC \$ 1.116.800	7755447462	7755447462	Valor Base retención en la fuente ICA 2.473.700,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud \$ 139.600	\$ 139.600	\$ 139.600	Valor base IVA 0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión \$ 178.700	\$ 178.700	\$ 33.600	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional \$ -	\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente 0,00	0,00%
ARL II \$ 11.700	\$ 11.700	\$ 11.700	Menos Retención IVA 0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias \$ -	\$ -	\$ -	Reteica - 8299 0,00	0,000%
Aportes voluntarios a cuentas AFC \$ -	\$ -	\$ -	Aporte Voluntario Dec. 568/2020 0,00	0,000%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.128.000 \$ -	\$ -	\$ -	Otras Retenciones 0,00	0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.560.700 \$ -	\$ -	\$ -	Otras Retenciones 0,00	0,000%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ -	\$ -	\$ -	Otras Retenciones 0,00	0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ -	\$ -	\$ -	Otras Retenciones 0,00	0,000%
Aportes A.R.L. de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ -	\$ -	\$ -	Otras Retenciones 0,00	0,000%
Dependientes hasta \$ 1.139.424 \$ 279.200	\$ 279.200	\$ 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	\$ 548.625	\$ 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				
Se impartió formación virtual en las siguientes fichas 2122022, 2122023, 2122025, 2122033, 2122034 Pastelería con la competencia PREPARAR ALIMENTOS DE ACUERDO A LA SOLICITUD D DEL CLIENTE. (EQUIVALE A LA NORMA NTS USNA 001 DEL MINCOMERCIO dos resultados de aprendizaje, llevando a cabo el siguiente acompañamiento: 1 a 5 de junio asociación a ruta de aprendizaje alistamiento de plataforma, publicación de foros, anuncios, respuesta oportuna a foros, seguimiento RAP: ELABORAR PREPARACIONES DE BASE DE REPOSTERÍA DE ACUERDO A LOS REQUERIMIENTOS DE LA EMPRESA . 8 al 12, de junio se continua acompañamiento y seguimiento a RAP 10 de junio, entrega de informe contractual por drive 16 al 18 seguimiento, calificación de evidencias, procedimiento de cierres de curso, emisión de juicios evaluativos 19, 23al 26y 30: alistamiento de fichas asignadas en sofia plus				
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.			JAIME ENRIQUE CASTRO PELAEZ EL CONTRATISTA	
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO				
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui 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 periodo 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.			LUIS ALBERTO CARDENAS RODRÍGUEZ COORDINADOR ACADÉMICO	
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				
IVAN MAURICIO ROJAS RUIZ SUBDIRECTOR DE CENTRO G02				

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:		91488424
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	JAIME ENRIQUE CASTRO PELAEZ		
CIUDAD/MUNICIPIO:	YOPAL DEPARTAMENTO:	CASANARE	
DIRECCIÓN:	CALLE 19 13-56 TELÉFONO:	3115854	
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:	7755447462			TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES				
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	mayo	AÑO	2020	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	mayo	AÑO	2020
DÍAS DE MORA:	0								
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2020/06/11			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	649899895				

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	\$ 33.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 33.600	\$ 0	\$ 33.600
SUBTOTALES:										\$ 33.600	\$ 0	\$ 33.600

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- NUEVA EPS	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 139.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 139.600	\$ 0	\$ 0	\$ 139.600
SUBTOTALES:													\$ 139.600	\$ 0	\$ 0	\$ 139.600

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	\$ 11.700	\$ 11.700	\$ 0	\$ 0	\$ 11.700
SUBTOTALES:									\$ 11.700	\$ 0	\$ 0	\$ 11.700

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																					
DATOS DEL COTIZANTE							NOVEDADES										SEGURIDAD SOCIAL													PARAFISCALES																							
Nº	IDENTIFICA CIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	SAL INTEGRAL COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	A/P	VCT	IRP	PENSIÓN						SEGURIDAD SOCIAL						ARP				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	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE			
1	CC 91488424	CASTRO PELAEZ JAINE ENRIQUE	INDEPENDIE NTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		\$ 1.116.800		NO																	231001- FONDOS	30	1.116.800	\$ 33.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 33.600	EPS037- NUEVA EPS	30	1.116.800	\$ 139.600	\$ 0	\$ 139.600	14-23- POSITIVA COMPAÑI A DE SEGUROS S.A.	30	1.116.800	\$ 91488424	\$ 11.700		\$ 0		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL	\$ 184.900
--------------	-------------------

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Duitama, 11 de junio 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
-------------	-------------------	-------------------------------------	-------------

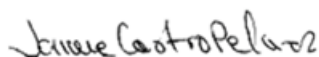
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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	Factor RH
Año	2 0 1 2	Mes	O C T	Día
				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	2 0 1 2	<i>Henry Martínez Mahecha</i>
Mes	O C T	
Día	0 3	HENRY MARTINEZ MAHECHA - REGISTRA
		Nombre y firma