

 FORMATO PARA 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	Octubre de 2020
		Versión	AGOSTO 2020 - 5,20
		ID de Proceso	98006-445073
DATOS DEL CONTRATISTA			
Nombres y apellidos contratista:		GERARDO CASTILLO GARCIA	C.C. 91.074.675
Correo electrónico contratista:		gcastillo@sena.edu.co	IP/Nº de contacto 73876
Régimen del IVA:	☐ NO RESPONSABLE ☐ Pertenece al régimen simple de tributación? ☐ NO ☐ Es declarante de renta? ☐ NO ☐ Es Pensionado? ☐ 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 32368764727
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:	☐ N/A		
Se acogió para el mes anterior, al pago parcial del aporte al Sistema General de Pensiones según el Art. 3 del Decreto N° 558:	☐ N/A		
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:	☐ N/A		
DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO			
Nº del contrato:	1329166/2020	Nº Compromiso SIIF	6820
Valor Total del Contrato	\$ 37.648.823	Nº Pago	9
Saldo Anterior del Contrato	\$ 7.580.300	Periodo objeto de pago	Del 01/10/2020 Al 31/10/2020
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 3.790.150	Comisiones	\$ 0,00
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Ingresos por honorarios	\$ 3.790.150	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	\$ 3.790.150	Menos, Rete Fuente Otros Ingresos	\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 2.234.201	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR			
	Octubre	Septiembre	
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	-----	7767519868	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.516.060	\$ 1.516.060	Valor Base retención en la fuente 2.234.201,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 189.600	\$ 189.600	Valor Base retención en la fuente ICA 3.357.950,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 242.600	\$ 242.600	Valor base IVA 0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00 19%
ARL II	\$ 15.900	\$ 15.900	Menos Retención en la Fuente 0,00 0,00%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -		Menos Retención IVA 0,00 15%
Aportes voluntarios a cuentas AFC	\$ -		Reteica - 8299 0,00 0,600%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.128.000	\$ -		
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	\$ 379.015		Descuentos de Libranza 0,00
Salud hasta \$ 569.712	\$ -		Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00
Renta Exenta 25% \$ 8.545.680	\$ 744.734		VALOR A PAGAR \$ 3.790.150,00
Retención en la Fuente Contingente	\$ -		
SON: TRES MILLONES SETECIENTOS NOVENTA MIL CIENTO CINCUENTA PESOS M/CTE			
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO			
FICHA 1861855 PROGRAMA Técnico en sistemas. AA. Realizar el proceso de verificación que permita COMPETENCIA: certificar el cableado que permita establecer que el cableado . FECHAS: 6-7-13-14-20-21-27-28 de octubre de 2 pm a 7 pm. Horas: 46 FICHA: 2070080 PROGRAMA Técnico en sistemas. AA. Realizar mantenimiento de hardware e instalar software.COMPETENCIA: Mantener equipos de cómputo según procedimiento técnico. FECHAS:1-3-8-15-17-22-24-31 de octubre de 2 pm a 7 pm. Horas: 48 FICHA: 2062865 PROGRAMA Técnico en sistemas. AA. Realizar mantenimiento de hardware e instalar software.COMPETENCIA: Mantener equipos de cómputo según procedimiento técnico. FECHAS: 5-19-26 de octubre de 2 pm a 7 pm. Horas: 24 FICHA: 2062887 PROGRAMA Técnico en sistemas. AA. Realizar mantenimiento de hardware e instalar software.COMPETENCIA: Mantener equipos de cómputo según procedimiento técnico. FECHAS: 2-9-16-23-30 de octubre de 2 pm a 7 pm. Horas: 32 FICHA: 2064173 PROGRAMA Técnico en implementación de AA. utilizar amplificadores.COMPETENCIA:mantener sistemas horas:10 fecha 22-29			
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, KAREN ANDREA GARCIA CARREÑO 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			
NELLY QUIROGA SARMIENTO SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)			

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES COMPROBANTE DE PAGO

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
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	7767519868	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: septiembre	PERIODO COTIZACIÓN MES: septiembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2020	SALUD: AÑO: 2020
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2020/10/16	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 772943795

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 243.200
SUBTOTAL:			1	\$ 243.200
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900156264	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	\$ 190.000
SUBTOTAL:			1	\$ 190.000
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	\$ 15.900
SUBTOTAL:			1	\$ 15.900

TOTAL PAGADO:	\$ 449.100
----------------------	-------------------

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

San Gil, 30 de octubre 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 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

NUIP

1097125450

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTOIndicativo
Serial

55059902

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐Notaría ☒

Número 07

Consulado ☐Corregimiento ☐Inspección de Policía ☐

Código

Q 5 E

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

COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA

Datos del inscrito

Primer Apellido

CASTILLO

Segundo Apellido

CADENA

Nombre(s)

JUAN DIEGO *****

Fecha de nacimiento

Año

2 0 1 4

Mes

J U L

Día

1 6

Sexo (en letras)

Masculino

Grupo sanguíneo

A

Factor RH

Positivo

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

COLOMBIA - SANTANDER - BUCARAMANGA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo

12678627-8

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

CADENA SARMIENTO MABEL CRISTINA

Documento de identificación (Clase y número)

CC NRO.63.516.094 DE B/MANGA

Nacionalidad

COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

CASTILLO GARCIA GERARDO

Documento de identificación (Clase y número)

CC NRO. 91.074.675 DE SAN GIL

Nacionalidad

COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

CASTILLO GARCIA GERARDO

Documento de identificación (Clase y número)

CC NRO. 91.074.675 DE SAN GIL

Firma

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)

Fecha de inscripción

Año

2 0 1 4

Mes

J U L

Día

1 6

Nombre y firma del funcionario que autoriza

HECTOR ELIAS ARIZA VELASCO
NOTARIO SEPTIMO CIRCULO DE BUCARAMANGA

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se firma el reconocimiento

Firma

HECTOR ELIAS ARIZA VELASCO
NOTARIO SEPTIMO CIRCULO DE BUCARAMANGA

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