SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL QUINDÍO
CENTRO DE COMERCIO Y TURISMO - QUINDIO - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION

Código Regional	**63**
Código Centro	**953810**
Fecha Elaboración	**Mayo de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**25407-502985**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: CESAR AUGUSTO TORRES ACEVEDO
Correo electrónico contratista: catorresa@sena.edu.co
C.C. 7.551.721 **IP/Nº de contacto** 62814

Régimen del IVA: NO RESPONSABLE **Pertenece al régimen simple de tributación?** NO **Es declarante de renta?** NO **Es Pensionado?** NO

Banco al cual consignar: BANCOLOMBIA **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** 06968182739

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: 4464230/2023 **Nº Compromiso SIIF** **2223**

Valor Total del Contrato	$ 42.981.900	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 30.127.500	**5**	**Del**	**01/05/2023**	**Al**	**31/05/2023**	**$ 4.017.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 26.110.500		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: ORIENTAR FORM. PROFESIONAL TITULADA/COMPLEMENTARIA PRESENCIAL/VIRTUAL_NIS_2023-02-014487

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.017.000		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	**$ 4.017.000**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.361.675**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Mayo	Abril
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**9450754733**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.606.800	$ 1.606.800
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 200.900	$ 200.900
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 257.100	$ 257.100
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 8.400	$ 8.400
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 / $ 1.004.250	$ -	
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	$ 401.700	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 787.225	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.361.675,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.559.000,00	
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	0,000%
-	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	**$4.017.000,00**	

SON: CUATRO MILLONES DIECISIETE MIL PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se realizó alistamiento de la formación de acuerdo a la FPI en las fichas 2617694-2617699- 2671149-2671150-Cocina
Se ejecutó la FPI, conforme al programas de formación, proyecto formativo y planeación pedagógica, para las fichas 2617694-2617699-267
Se acatan los lineamientos del SIGSST
Se cuenta con la norma de competencia Orientar formación presencial de acuerdo con procedimientos técnicos y normativa, con vigencia d
Se porta la ropa adecuada de instructor dentro de las instalaciones del SENA
Se promueve en los aprendices la importancia del cumplimiento de las normas de seguridad industrial y salud ocupacional
Se realiza la entrega del informe mensual de ejecución del contrato en las fechas especificadas

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.

CESAR AUGUSTO TORRES ACEVEDO
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,

CARMENZA QUINTERO DE LEON
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

CESAR AUGUSTO OSPINA PUERTAS
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 7551721		TORRES ACEVEDO CESAR AUGUSTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	URB LOMA VERDE MZ H CASA 1	ARMENIA-QUINDIO	7414789	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-04	2023-04	50754733	9450754733	I	2023/05/05	2023/05/09	BANCO AV VILLAS	4	$519,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ingret tde tae tdp tap np cor vst sln ige lma rac sle vct irl vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,670,000	$267,200			$1,670,000	$208,800			$0	$0			$1,670,000		$40,700		$0	$0		$516,700
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,670,000	$267,200			$1,670,000	$208,800			$0	$0			$1,670,000		$40,700		$0	$0		$516,700
Ciudad: ARMENIA Depto: QUINDIO (1 Afiliados)						$1,670,000	$267,200			$1,670,000	$208,800			$0	$0			$1,670,000		$40,700		$0	$0		$516,700
1	CC	7551721	TORRES CESAR	25-14	30	$1,670,000	$267,200	EPS010	30	$1,670,000	$208,800		0	$0	$0	14-23	30	$1,670,000	2.436%	$40,700	0	$0	$0	No	$516,700
Total		**Afiliados(1)**				$1,670,000	$267,200			$1,670,000	$208,800			$0	$0			$1,670,000		$40,700		$0	$0		$516,700

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 7551721		TORRES ACEVEDO CESAR AUGUSTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	URB LOMA VERDE MZ H CASA 1	ARMENIA-QUINDIO	7414789	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-04	2023-04	50754733	9450754733	I	2023/05/05	2023/05/09	BANCO AV VILLAS	4	$519,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$267,200	$1,300	$0	$268,500
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$267,200	$1,300	$0	$268,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$40,700	$200	$0	$40,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$40,700	$200	$0	$40,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,800	$1,000	$0	$209,800
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$208,800	$1,000	$0	$209,800
TOTAL				1	$516,700	$2,500	$0	$519,200

Banco AV Villas

COMPROBANTE PAGO DE PLANILLA ASISTIDA PILA

Número identificación del Aportante / Pin Único: 7551721

Valor a Pagar $: 519.200

Si usted va a realizar el pago con el número de Planilla, diligencie esta sección:

PAGO CON NÚMERO DE PLANILLA

Número de Planilla: 9450754733

Si usted va a realizar el pago con Pin Único, diligencie esta sección:

PAGO CON PIN ÚNICO

Operador de Información: _____

Periodo de Cotización a Pagar: Año 2023 Mes 04

```
AVV 312 20230509 11:43 SC 923  LINEA    D
VR PAGADO:       519,200.00
NOMBRE:APORTES EN LINEA
CLAVE:9450754733                    0
ID:7551721
Fecha Aplicación:20230509   PIN:114308
Estimado cliente: Verifique los datos de
su pago. Después de retirarse de la
ventanilla no se aceptan reclamos.
```

ESTIMADO CLIENTE:
VERIFIQUE QUE LA INFORMACIÓN IMPRESA EN EL COMPROBANTE SEA CORRECTA Y QUE EL VALOR REGISTRADO CORRESPONDA AL VALOR ORDENADO POR USTED. EL BANCO NO TENDRÁ COPIA DE ESTE FORMATO. EL SOPORTE DE LA TRANSACCIÓN SERÁ EL REGISTRO EN EL SISTEMA. RECUERDE QUE ÉSTE SERÁ EL ÚNICO SOPORTE FÍSICO DE SU TRANSACCIÓN. CONSÉRVELO PARA CUALQUIER VERIFICACIÓN.

CAP-PR0-083-V2

Impreso por: dispapeles S.A.S. NIT: 860.028.580-2 60124

Powered by CamScanner

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Bogotá, 28 de febrero de 2023

SENA - CFP-639538
RADICACIÓN RECIBIDA
No: 63-1-2023-001089
28/02/2023 7:36:49
Destinatario: 639538

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 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.	**1091887619**	**Valerie Torres Estrada**	**HIJO**

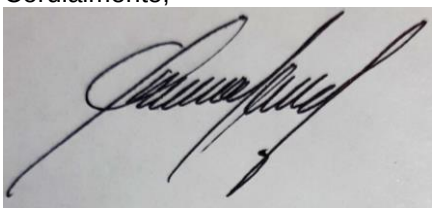
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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.

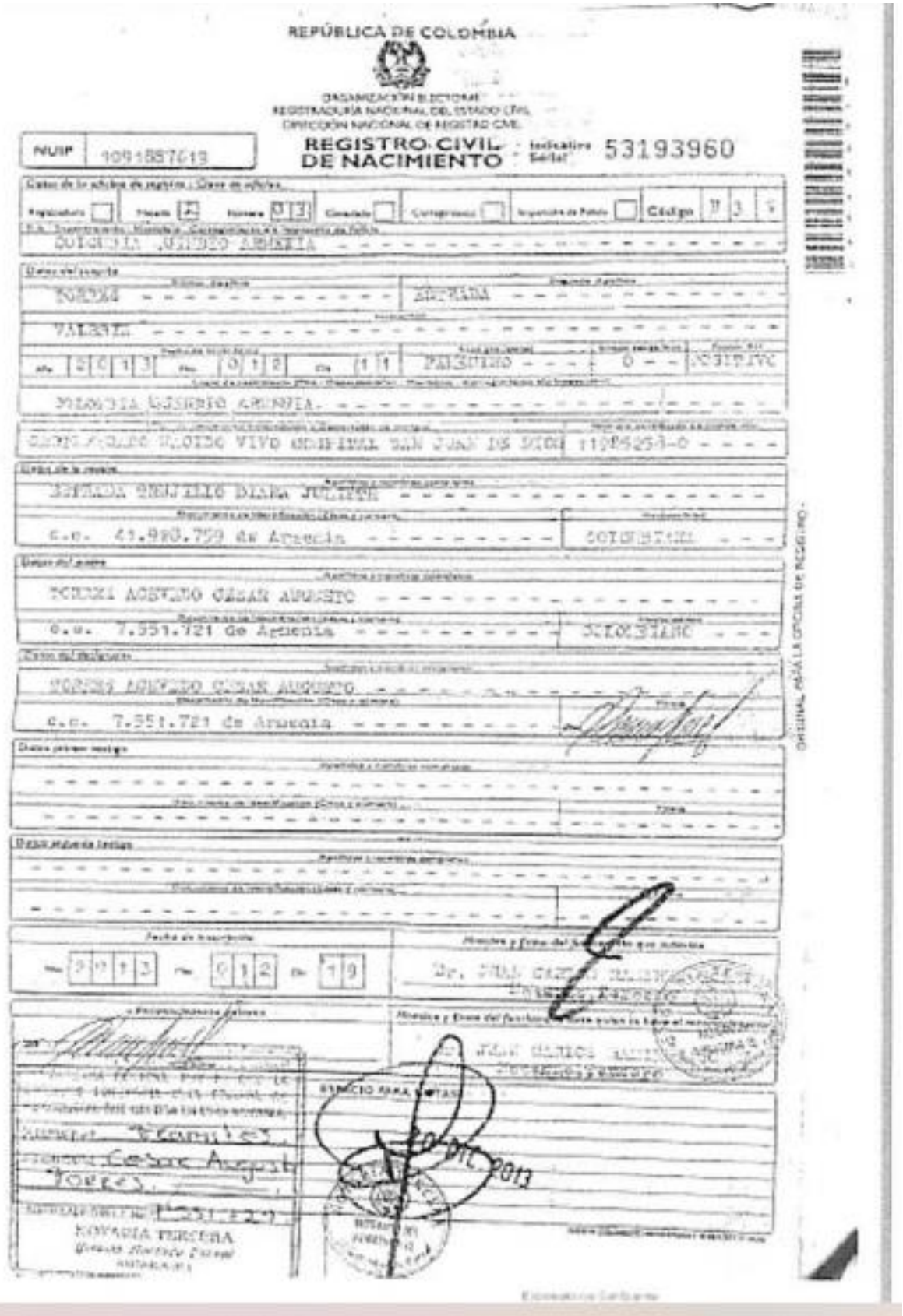
Cordialmente,



_____
FIRMA

Nombre: Cesar Augusto Torres Acevedo

C.C. 7551721 de Armenia



REPÚBLICA DE COLOMBIA

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1091887613

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO Indicativo Serial 53193960

Datos de la oficina de registro

Registraduría ☐ Puesto ☒ Número 013 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código 773

NOTARIA UNICO ARMENIA

Datos del inscrito

Primer Apellido: TORRES Segundo Apellido: ARCINIEGA

Nombre(s): VALERIA

Fecha de nacimiento: Año 2013 Mes 08 Día 11 Hora: PM Sexo: MASCULINO

Lugar de nacimiento: ARMENIA. QUINDIO

Clínica / Centro de salud / Hospital / Casa: CLINICA QUINDIO VIVO ARMENIA SAN JUAN DE DIOS Nro. Certificado: 1109525J-0

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: ARENAS BENJUMEA DIANA JULIETH

Documento de identificación (Clase y número): C.C. 41.990.759 de Armenia Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: TORRES ACOSTA CESAR AUGUSTO

Documento de identificación (Clase y número): C.C. 7.551.721 de Armenia Nacionalidad: COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: TORRES ACOSTA CESAR AUGUSTO

Documento de identificación (Clase y número): C.C. 7.551.721 de Armenia Firma

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 2013 Mes 08 Día 19

Nombre y firma del funcionario que autoriza: DR. [illegible]

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento: [illegible]

Impresión dactilar

Observaciones: [illegible]

ESPACIO PARA NOTAS

20 DIC 2013

NOTARIA PRIMERA
Circulo Notarial Armenia
Quindio

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO