

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL QUINDÍO CENTRO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO-QUINDIO		Código Regional	63
			Código Centro	953810
			Fecha Elaboración	Mayo de 2020
			Versión	MAYO 2020 - 4,20
			ID de Proceso	23167-060952
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista:		CESAR AUGUSTO TORRES ACEVEDO		C.C.
Correo electrónico contratista:		catorresa@sena.edu.co		7.551.721
Régimen del IVA:		NO RESPONSABLE		IP/N° de contacto
Pertenece al régimen simple de tributación?		NO		62814
Es declarante de renta?		NO		Es Pensionado?
NO		NO		NO
Sus ingresos en el 2019 Superaron \$47.978.000		NO		Inducción SST
NO		SI		Presta Servicios Excluidos de IVA ?
Banco al cual consignar:		BANCOLOMBIA		SI
Tipo de cta		AHORROS		N° Cuenta
6968182739				
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				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:		NO		
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:		1335047/2020		N° Compromiso SIIF
14620				
Valor Total del Contrato		\$ 38.110.000		Periodo objeto de pago
Saldo Anterior del Contrato		\$ 27.626.667		Del
Nuevo Saldo del Contrato		\$ 23.926.667		01/05/2020
				Al
				31/05/2020
		Comisiones		\$ 0,00
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios		\$ 3.700.000		Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°
Ingresos por comisiones		\$ 0		Retención en la Fuente del Periodo
Ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 0		0,00%
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO		\$ 3.700.000		\$ 0
BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE		\$ 2.181.150		Menos, Rete Fuente Otros Ingresos
				\$ 0
				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		Mayo		Abril
Ingreso Base de Cotización - IBC		4334209367		
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 1.480.000		Valor Base retención en la fuente
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 185.000		3.278.200,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ 236.800		Valor base IVA
ARL		\$ -		0,00
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ 7.800		IVA (Si es RESPONSABLE)
Aportes voluntarios a cuentas AFC		\$ -		0,00
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.128.000		\$ -		Menos Retención en la Fuente
Intereses Prestamo de Vivienda		\$ -		0,00
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -		Menos Retención IVA
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -		0,00
Aportes A.R.L. de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -		Reteica - 8299
Dependientes hasta		\$ 1.139.424		0,00
Salud hasta		\$ 569.712		0,00
Renta Exenta 25%		\$ 8.545.680		0,00
Retención en la Fuente Contingente		\$ -		0,00
				Valor Base retención en la fuente
				3.278.200,00
				Valor base IVA
				0,00
				IVA (Si es RESPONSABLE)
				0,00
				Menos Retención en la Fuente
				0,00
				Menos Retención IVA
				0,00
				Reteica - 8299
				0,00
				0,000%
				Aporte Voluntario Dec. 568/2020
				0,00
				0,000%
				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
				\$ 3.700.000,00
SON: TRES MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Prestar los servicios personales de carácter temporal para apoyar la gestión en procesos de contratación y adquisición de bienes y ser Se realizó apoyo en la transcripción y elaboración de Estudios previo, Análisis del Sector, solicitudes de autorizaciones para contrat se realizó la estructuración de procesos de contratación directa en la plataforma SECOP II: Se realizó la digitalización de estudios previos, análisis del sector, CDP, autorizaciones de contratación, Matriz de riesgos y fueron Se realizó la modificación número 1 al Plan Anual de Adquisiciones del SENA Centro de Comercio y Turismo Se apoyo en la proyección del documento ejecutoria del acto de la resolución No.63-03028 del 12 de diciembre del 2019 Se archivó la documentación de los procesos contractuales en el respectivo expediente				
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 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.				
CESAR AUGUSTO OSPINA PUERTAS INSTRUCTOR				
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				
HENRY ALFONSO ZAMORA ANTIA SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)				

DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA						
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA		NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	7551721	NÚMERO PLANILLA:	4334209367		TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES	
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			CESAR AUGUSTO TORRES ACEVEDO		PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	abril	AÑO	2020	
CIUDAD/MUNICIPIO:	ARMENIA	DEPARTAMENTO:	QUINDIO		DÍAS DE MORA:	0				
DIRECCIÓN:	ORGANIZACION MANANTIA MANZ G N2	TELÉFONO:	7390371		FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2020/04/30	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9999978040		
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						

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	\$ 236.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 236.800	\$ 0	\$ 236.800
SUBTOTALES:										\$ 236.800	\$ 0	\$ 236.800

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
EPS016	EPS016-COOMEVA S.A.	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 185.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 185.000	\$ 0	\$ 0	\$ 185.000
SUBTOTALES:													\$ 185.000	\$ 0	\$ 0	\$ 185.000

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	\$ 7.800	\$ 7.800	\$ 0	\$ 0	\$ 7.800
SUBTOTALES:									\$ 7.800	\$ 0	\$ 0	\$ 7.800

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																					
DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES										SEGURIDAD SOCIAL													PARAFISCALES																				
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	SAL INTEGRAL COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	A/P	VCT	IRP	PENSIÓN					SEGURO VIDA					SALUD					ARP				DÍAS COT	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	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 7551721	TORRES ACEVEDO CESAR AUGUSTO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		\$ 1.233.333		NO							01-30										25-14 COLPENSIONES	30	1.480.000	\$	\$ 236.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 236.800	EPS016-COOOMEVA S.A.	30	1.480.000	\$	\$ 185.000	\$ 0	\$ 185.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	1.480.000	\$	7551721	\$ 7.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL	\$ 429.600
--------------	-------------------

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE				
TIPO IDENTIFICACIÓN:		CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	7551721
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:		CESAR AUGUSTO TORRES ACEVEDO		
CIUDAD/MUNICIPIO:		ARMENIA	DEPARTAMENTO:	QUINDIO
DIRECCIÓN:		ORGANIZACION MANANTIA MANZ	TELÉFONO:	7390371
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):		NO		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
NÚMERO PLANILLA:	4334209367	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: abril	PERIODO COTIZACIÓN	MES: abril
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2020	SALUD:	AÑO: 2020
DÍAS DE MORA:	0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2020/04/30	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9999978040

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 236.800
SUBTOTAL:			1	\$ 236.800
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
805000427	EPS016	EPS016-COOMEVA S.A.	1	\$ 185.000
SUBTOTAL:			1	\$ 185.000
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	\$ 7.800
SUBTOTAL:			1	\$ 7.800

TOTAL PAGADO:	\$ 429.600
----------------------	-------------------

Armenia, 25 /03/2020

Señores
Grupo de Apoyo Administrativo Mixto
Centro de Comercio y Turismo SENA Regional Quindío
Servicio Nacional de Aprendizaje SENA
Armenia - Quindío

Asunto: Solicitud deducible retención en
fuente por dependientes

Estimados señores:

Con la presente solicito que de acuerdo con el Artículo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el Artículo 2º. Párrafo 3º. del Decreto 099 del 2013, se tenga en cuenta como deducible de mis ingresos brutos provenientes de la relación laboral por el concepto de dependientes, los cuales relaciono a continuación:

Apellidos y Nombre	Documento Identidad	Calidad del Dependiente 1. Hijos menores 18 años. 2. Hijos estudiantes entre 18 y 23 años. 3. Hijos mayores a 23 años con dependencia por factores físicos o psicológicos. 4. Cónyuge con ingresos inferiores a 260 UVT o dependencia por factores físicos o psicológicos. 5. Padres o hermanos con ingresos inferiores a 260 UVT o dependencia por factores físicos o psicológicos.
Valerie Torres Estrada Daniel Felipe Torres	NUIP 091887619 T.I 1005092802	1. Hijos menores 18 años.

Certifico bajo la gravedad de juramento la información consignada en esta solicitud y me comprometo a enviar solicitud de revocación de aplicación del deducible por dependientes en el caso en que cesen las condiciones que dan origen a esta solicitud.

Cordialmente,


CESAR AUGUSTO TORRES ACEVEDO
CC 7.551.721 de Armenia.

Anexo: Relación de documentos que anexa el trabajador.

- Registro civil de nacimiento X

GTH-F-088 V02

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

NUIP: **NZY0306211**

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

31435914

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☐ Número ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código **N 2 Y**

File - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE ARMENIA, COLOMBIA QUINDIO ARMENIA

Datos del inscrito

Primer Apellido

Segundo Apellido

TORRES

SOTO

Nombre(s)

DANIEL FELIPE

Fecha de nacimiento

Sexo (en letras)

Grupo sanguíneo

Factor RH

Año

2003

Mes

OCT

Día

15

MASCULINO

O

+

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

COLOMBIA QUINDIO ARMENIA

Tipo de documento antecedente o Declaración de costumbres

Número certificado de nacido vivo

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO

A5090014

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

SOTO GUEVARA MAZIA DIGNORA

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CEDULA DE CIUDADANIA 0041934825

COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

TORRES ACEVEDO CESAR AUGUSTO

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CEDULA DE CIUDADANIA 0007551721

COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

TORRES ACEVEDO CESAR AGOSTO

Documento de identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA 0007551721

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

Nombre y firma del funcionario que autoriza

Año

2003

Mes

OCT

Día

21

GLADYS GAVILAN

SILBERTO ECHAVEZ

Nombre y firma

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

NUIP 1091887619

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO Indicativo 53193960
Sérial

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina							
Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código	
☐	☒	03	☐	☐	☐	N 3	4
País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección de Policía							
COLOMBIA QUINDIO ARMENIA							

Datos del inscrito							
Primer Apellido				Segundo Apellido			
TORRES				ESTRADA			
Nombre(s)							
VALERIE							
Fecha de nacimiento				Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH	
Año	2013	Mes	01	Día	11	FEMENINO	0 POSITIVO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección)							
COLOMBIA QUINDIO ARMENIA							

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO NACIDO VIVO HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS	11985253-0

Datos de la madre	
Apellidos y nombres completos	
ESTRADA TRUJILLO DIANA JULIETH	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
c.c. 41.928.759 de Armenia	COLOMBIANA

Datos del padre	
Apellidos y nombres completos	
TORRES ACEVEDO CESAR AUGUSTO	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
c.c. 7.551.721 de Armenia	COLOMBIANO

Datos del declarante	
Apellidos y nombres completos	
TORRES ACEVEDO CESAR AUGUSTO	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
c.c. 7.551.721 de Armenia	

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 2013 Mes 01 Día 19	Dr. JUAN CARLOS RAMIREZ

Reconocimiento interno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
	Dr. JUAN CARLOS RAMIREZ
ESPACIO PARA NOTAS	
<p>Yo, <u>Valerie Torres Estrada</u>, doy fe que la <u>Valerie Torres Estrada</u> es la persona que figura en esta notaria.</p> <p>SE LE PIDE PARA: <u>Tramites</u></p> <p>A SOLICITUD DE: <u>Cesar Augusto Torres</u></p> <p>IDENTIFICADO CON C.C. No. <u>7.551.721</u></p> <p>NOTARIA TERCERA Yolanda Hurtado Darnal NOTARIA (E)</p>	

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO