SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)

REGIONAL QUINDÍO

CENTRO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO-QUINDIO

Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1

Código Regional	**63**
Código Centro	**953810**
Fecha Elaboración	**Octubre de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**44207-052763**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	CESAR AUGUSTO TORRES ACEVEDO	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	7.551.721	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	catorresa@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	06968182739
IP/Nº de contacto:	62814	**Presta Servicios Excluidos de IVA:**	NO
Inducción SST:	SI	**Pertenece al régimen simple de tributación:**	NO
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta por el año gravable 2023**	NO

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	NO
Sus ingresos en el 2023 fueron iguales o superiores a $59.377.000	NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2024 es igual o superior a $188.260.000 (debe registrarse como responsable del IVA)	NO
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?	NO
Concepto del pago corresponde a:	Ninguno
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.	0,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	5772582/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**3824**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	12
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR:ORIENTAR FORMACIÃ“N PROFESI INTEG TITULADA COMPLEMENTARIA PRESENC/VIRTUAL 9-2024-000477				

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/10/2024**	**Al**	**31/10/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 10.866.160
Número de pago	**10**			**Valor Total del Contrato:**	$ 47.632.481
Valor Bruto Pago:			**$ 4.465.545,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 6.400.615

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.465.545	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 4.465.545**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.625.490**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Octubre	Setiembre			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**9473916393**	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.625.490,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.786.218	$ 1.786.218	Base retención en la fuente a titulo de ICA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 223.300	$ 223.300	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 285.800	$ 285.800	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 I		$ 9.400	$ 9.400	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		Reteica - 8299	0,00	0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		-	0,00	0,000%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		-	0,00	0,000%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -		-	0,00	0,000%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta		$ 446.555		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	$ 753.040	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	$ 37.181.350	$ 875.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 7.277.926					
				Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		$		**VALOR A PAGAR**	**$4.465.545,00**	

SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS CUARENTA Y CINCO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se realizó ejecución de la formación de acuerdo a la FPI, para fichas en Técnico en Cocina y Mesa y Bar según cronograma de formación

Se ejecuta la formación, conforme a los lineamientos recibidos

Se ejecutó la FPI, conforme al programa de formación, proyecto formativo y planeación pedagógica

Se aplicó la estrategia de enseñanza según guías de aprendizaje, instrumento de evaluación y planes de trabajo concertados

En el presente mes se registra los juicios evaluativos en la plataforma SOFIA PLUS, según cronograma de formación

Se aplica algunos de los ítems del reglamento del aprendiz, como puntualidad, presentación personal, participación

Se realiza capacitación en SST

Se dispone de la certificación de la norma requerida actualizada

Se recalca la importancia de cumplir normas de seguridad durante la formación.

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

CESAR AUGUSTO TORRES ACEVEDO
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí 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,

CARMEN EUGENIA MARULANDA RIOS
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
CESAR AUGUSTO OSPINA PUERTAS
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

30/10/24 19:24:45 USUARIO: SIC - C.C. 7551721

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
2024-09	2024-09	20241009080320313005	9473916393	I	2024/10/04	2024/10/09	BANCO AV VILLAS	5	$559,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	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)																						$1,800,000	$288,000			$1,800,000	$225,000			$0	$0			$1,800,000		$43,900		$0	$0		$556,900
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,800,000	$288,000			$1,800,000	$225,000			$0	$0			$1,800,000		$43,900		$0	$0		$556,900
Ciudad: ARMENIA Depto: QUINDIO (1 Afiliados)																						$1,800,000	$288,000			$1,800,000	$225,000			$0	$0			$1,800,000		$43,900		$0	$0		$556,900
1	CC	7551721 TORRES CESAR																		25-14	30	$1,800,000	$288,000	EPS010	30	$1,800,000	$225,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,800,000	2.436%	$43,900	0	$0	$0	No	$556,900
Total		**Afiliados(1)**																				$1,800,000	$288,000			$1,800,000	$225,000			$0	$0			$1,800,000		$43,900		$0	$0		$556,900

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
2024-09	2024-09	20241009080320313005	9473916393	I	2024/10/04	2024/10/09	BANCO AV VILLAS	5	$559,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$288,000	$1,100	$0	$289,100
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$288,000	$1,100	$0	$289,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$43,900	$200	$0	$44,100
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$43,900	$200	$0	$44,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$225,000	$900	$0	$225,900
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$225,000	$900	$0	$225,900
TOTAL				1	$556,900	$2,200	$0	$559,100

Banco AV Villas

COMPROBANTE PAGO DE PLANILLA ASISTIDA PILA

Número identificación del Aportante / Pin Único: 7551721

Valor a Pagar $: 559.100

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

PAGO CON NÚMERO DE PLANILLA

Número de Planilla: 94739163993

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 2024 Mes 09

AVV 313 20241009 08:03 SC 20 LINEA D
VR PAGADO: 559,100.00
NOMBRE:APORTES EN LINEA
CLAVE: 0
ID:7551721
Fecha Aplicación:19000101 PIN:0
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. CONSERVELO PARA CUALQUIER VERIFICACIÓN.

CAP-PRO-083-V2

FORTECO

Powered by CamScanner

INTEGRIDAD PÚBLICA

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

Función Pública

Verificados los resultados del participante en el curso virtual

Función Pública certifica que:

Cesar Augusto Torres Acevedo

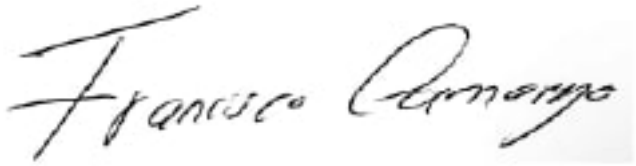
C.C 7.551.721

Participó y completó el curso virtual:

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción.

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 31 de octubre 2024



Francisco Camargo Salas

Director de Empleo Público

Código: 76792681000

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Bogotá, 2 de abril de 2024

SENA - CFP-639538
Radicacion Recibida
No:63-1-2024-001364
02/04/2024 10:26:38
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**

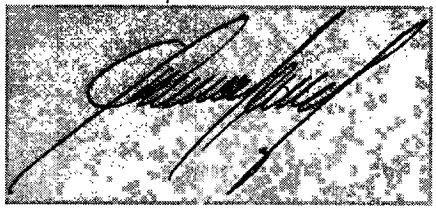
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- 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

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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 53193960

NUIP 1091387619

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 013 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código N 3 Z

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/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 012 Día 11	FEMENINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/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	11985258-0

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 012 Día 19	Dr. JUAN CARLOS RAMIREZ GOMEZ Notario Tercero

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	Dr. JUAN CARLOS RAMIREZ GOMEZ Notario Tercero

ESPACIO PARA NOTAS

06 DIC 2023

NOTARIA TERCERA
NOTARIO
ARMENIA Q.

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Powered by CamScanner