

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL QUINDÍO		Código Regional	63
			Código Centro	923110
			Fecha Elaboración	Julio de 2020
			Versión	MAYO 2020 - 4,20
CENTRO PARA EL DESARROLLO TECNOLÓGICO DE LA CONSTRUCCIÓN FP			ID de Proceso	82300-421344
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista: LEONARDO FABIO MONTOYA CIFUENTES		C.C. 9.735.384	IP/N° de contacto 3217082283	
Correo electrónico contratista: lemontoyac@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 ? ☐ SI
Banco al cual consignar: BANCOLOMBIA		Tipo de cta AHORROS	N° Cuenta 6933074976	
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: ☐ 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				
N° del contrato: 1326696/2020		N° Compromiso SIIF 5720		
Valor Total del Contrato \$ 38.726.667	N° Pago 6	Periodo objeto de pago		Valor Bruto Pago \$ 3.700.000,00
Saldo Anterior del Contrato \$ 20.473.333	Del 01/07/2020	Al 31/07/2020		
Nuevo Saldo del Contrato \$ 16.773.333	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°		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 \$ 3.700.000	Menos, Rete Fuente Otros Ingresos		\$ 0	
BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE \$ 2.181.150	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	Julio	Junio	Valor Base retención en la fuente 2.181.150,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC \$ 1.480.000	44033572	44033572	Valor Base retención en la fuente ICA 3.278.200,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud \$ 185.000	\$ 185.000	\$ 185.000	Valor base IVA 0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión \$ 236.800	\$ 236.800	\$ 236.800	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 V \$ -	\$ -	\$ 0	Menos Retención IVA 0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias \$ -	\$ -	\$ 0	Reteica - 8299 0,00	0,000%
Aportes voluntarios a cuentas AFC \$ -	\$ -	\$ 0	Aporte Voluntario Dec. 568/2020 0,00	0,000%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.128.000 \$ -	\$ -	\$ 0	Otras Retenciones 0,00	0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.560.700 \$ -	\$ -	\$ 0	Otras Retenciones 0,00	0,000%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ -	\$ -	\$ 0	Otras Retenciones 0,00	0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ -	\$ -	\$ 0	Otras Retenciones 0,00	0,000%
Aportes A.R.L. de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ -	\$ -	\$ 0	Otras Retenciones 0,00	0,000%
Dependientes hasta \$ 1.139.424 \$ 370.000	\$ 370.000	\$ 0	Descuentos de Libranza 0,00	
Salud hasta \$ 569.712 \$ -	\$ -	\$ 0	Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00	
Renta Exenta 25% \$ 8.545.680 \$ 727.050	\$ 727.050	\$ 0	VALOR A PAGAR \$ 3.700.000,00	
Retención en la Fuente Contingente \$ -	\$ -	\$ 0		
SON: TRES MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Participar en la planeación de los procesos formativos de acuerdo con los lineamientos institucionales, para las áreas relacionadas Ejecutar la formación profesional integral de acuerdo con el diseño curricular y proyecto formativo de los programas relacionados Aplicar según la modalidad y niveles, estrategias de enseñanza, aprendizaje, seguimiento y evaluación de acuerdo a los lineamientos pedagógicos y metodológicos de la entidad. Evaluación de las Actividades de Aprendizaje para los programas de formación Verificación de las asistencias de los aprendices de la ficha 2067764 Construcción de estructuras en guadua Mantener su autonomía e independencia en la ejecución del contrato, desde el punto de vista técnico y científico Permanecer identificado con su carné dentro de las instalaciones del SENA y en los lugares donde desarrolle el objeto contractual Apoyar al centro de formación cuando este lo requiera, en la promoción del portafolio de servicios.				
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.			LEONARDO FABIO MONTOYA CIFUENTES EL CONTRATISTA	
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO				
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí 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 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.			CARLOS ANDRES LOAIZA MARTINEZ 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				
ANSTRONG ALBERTO GOMEZ RIOS SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)				

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	9735384	LEONARDO FABIO MONTOYA CIFUENTES	Barrio la Milagrosa mz 11 cs 15	7341630	montoyalf@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			QUINDIO	ARMENIA	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2020-06	2020-06	I		44033572	\$459.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	185.000	0		0		0	0	0	0	185.000	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	236.800	0	0	0	0	0	0		236.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	7.800				7.800	0	0	7.800			78	7.800	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF43	Comfenalco Quindio	890000381-0	29.600	0	0	29.600	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	185.000	185.000
Pensión	1	236.800	236.800
Riesgos Laborales	1	7.800	7.800
CCF	1	29.600	29.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	459.200	459.200

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	9735384	LEONARDO FABIO MONTOYA CIFUENTES		Barrio la Milagrosa mz 11 cs 15	7341630	montoyalf@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			QUINDIO	ARMENIA	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLADOS UPC
					1 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2020-06	2020-06	I		44033572	\$459.200

DETALLE POR COTIZANTE																																																
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres		Cotizante	Subjeto	Extranjero	Grupos vulnerables	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SEN	ROE	UMA	UMA	UMA	UMA	UMA	UMA	UMA	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN							
1	CC	9735384	MONTOYA CIFUENTES LEONARDO FABIO		59	0			N	C																	230201	1.480.000	236.800	0	0	0	0	EPS037	1.480.000	185.000	14-23	1.480.000	1	7.800	CCF43	1.480.000	29.600	0	0	0	0	0

Comprobante

de pago en línea



COMPENSAR-OI

Pago realizado por: LEONARDO FABIO MONTOYA CIFUENTES

Nro. de recibo: 44033572

Descripción del pago: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Identificación del contribuyente: 181.137.107.122

Concepto: CC

Razón Social: 9735384

Fecha y hora de la transacción: Lunes 13 de Julio de 2020 08:15:06 AM

Nro. de comprobante: 0000011870

Valor pagado: \$ 459,200.00

Cuenta: *****4976

BANCOLOMBIA S.A. Institución Bancaria

Superintendencia Financiera de Colombia

VIGILADO

Bancolombia S.A.

Comuníquese con nuestra Sucursal Telefónica Bancolombia: Bogotá 343 0000 - Medellín 510 9000 - Cali 554 0505 - Barranquilla 361 8888 - Cartagena 693 4400 - Bucaramanga 697 2525 - Pereira 340 1213 - El resto del país 01 800 09 12345 - Sucursales Telefónicas en el exterior: España 900 995 717 - Estados Unidos 1866 379 9714, en caso de recibir una alerta o notificación de una transacción que presenta alguna irregularidad.

Bancolombia nunca le solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospchoso@bancolombia.com

Armenia, 24 /Abril/2020

Señores

Grupo Administración de Salarios (para funcionarios de Digeneral)

Grupo de Apoyo Administrativo Mixto (para las Regionales)

Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

Ciudad

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 3ro. 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.
ESTEBAN MONTOYA TOVAR	1094928710	1. Hijos menores 18 años.
SAMANTHA MONTOYA TOVAR	1094966528	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,


NOMBRE_DEL_TRABAJADOR
Documento de Identidad.

Anexo: Relación de documentos que anexa el trabajador.

- Registro civil de nacimiento 2 COPIAS



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

NUIP 1.094.966.528

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 54744880

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina															
Registraduría	☒	Notaría	☐	Número	☐	Consulado	☐	Corregimiento	☐	Inspección de Policía	☐	Código	N	Z	Y
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía															
REGISTRADURIA DE ARMENIA - COLOMBIA - QUINDIO - ARMENIA															

Datos del inscrito															
Primer Apellido								Segundo Apellido							
MONTTOYA								TOVAR							
Nombre(s)															
SAMANTHA															
Fecha de nacimiento				Sexo (en letras)				Grupo sanguíneo				Factor RH			
Año	2	0	1	6	Mes	F	E	B	Día	0	5	FEMENINO	0	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 MEDICO O DE NACIDO VIVO												13447317-8			

Datos de la madre															
Apellidos y nombres completos															
TOVAR GARCIA DIANA MILENA															
Documento de Identificación (Clase y número)												Nacionalidad			
CC 41.951.639												COLOMBIA			

Datos del padre															
Apellidos y nombres completos															
MONTTOYA CIFUENTES LEONARDO FABIO															
Documento de Identificación (Clase y número)												Nacionalidad			
CC 9.735.384												COLOMBIA			

Datos del declarante															
Apellidos y nombres completos															
MONTTOYA CIFUENTES LEONARDO FABIO															
Documento de Identificación (Clase y número)												Firma			
CC 9.735.384															

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	6	Mes	F	E	B	Día	0	9	CLAUDIA MARCELA CAMPUZANO LOZANO			
												Nombre y firma			

Reconocimiento paterno												Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento			
Firma												Nombre y firma			

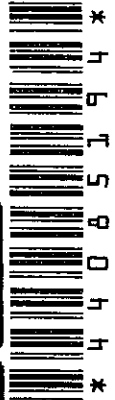
ESPACIO PARA NOTAS															

54744880

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -



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



- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

NUIP 1.094.928.710

**REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO**

**Indicativo
Serial**

4 4085194

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina															
Registraduría	☒	Notaría	☐	Número	☐	Consulado	☐	Corregimiento	☐	Inspección de Policía	☐	Código	N	Z	Y
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía															
REGISTRADURIA DE ARMENIA - COLOMBIA - QUINDIO - ARMENIA															

Datos del Inscrito																	
Primer Apellido								Segundo Apellido									
MONTROYA								TOVAR									
Nombre(s)																	
ESTEBAN																	
Fecha de nacimiento								Sexo (en letras)				Grupo sanguíneo		Factor RH			
Año	2	0	1	0	Mes	J	U	L	Día	1	5	MASCULINO				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 MEDICO O DE NACIDO VIVO												100811783			

Datos de la madre															
Apellidos y nombres completos															
TOVAR GARCIA DIANA MILENA															
Documento de identificación (Clase y número)												Nacionalidad			
CC 41.951.639												COLOMBIA			

Datos del padre															
Apellidos y nombres completos															
MONTROYA CIFUENTES LEONARDO FABIO															
Documento de identificación (Clase y número)												Nacionalidad			
CC 9.735.384												COLOMBIA			

Datos del declarante															
Apellidos y nombres completos															
MONTROYA CIFUENTES LEONARDO FABIO															
Documento de identificación (Clase y número)												Firma			
CC 9.735.384															

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	0	Mes	J	U	L	Día	1	9	GILBERTO ECHEVERRÍA GARCIA - REGIS			
												Nombre y firma			

Reconocimiento externo												Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento			
Firma												Nombre y firma			

ESPACIO PARA NOTAS															