

<div><div><div><div><div></div><div>SENA</div></div><div>SERVICIONACIONAL DE APRENDIZAJE</div></div><div>FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DESERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)</div><div>REGIONAL SANTANDER CENTRO INDUSTRIAL DEL DISEÑO Y LA MANUFACTURA-SANTANDER Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1</div></div></div>						Código Regional 68					
						Código Centro 922510					
						Fecha Elaboración 17 de Febrero de 2025					
						Versión ENERO-2.25					
						ID de Proceso 47544-010882					
DATOS DEL CONTRATISTA											
Nombres y apellidos: Cédula de Ciudadanía Correo electrónico: IP/Nº de contacto: Inducción SST: Régimen de IVA:				CESAR AUGUSTO SALCEDO CARDENAS 91.287.775 casalcedoc@sena.edu.co 3163533176 SI NO RESPONSABLE				Banca consignar: Tipo de cuenta: Número de Cuenta: Presta Servicios Excluidos de IVA: Pertenece al régimen simple de tributación: Es declarante de renta por el año gravable 2024		DAVIVIENDA AHORROS 0488440120159 SI NO NO	
¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?								NO			
Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a \$65.891.000								NO			
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2025 es igual o superior a \$164.336.700 (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: TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392.E.T.								Ninguno 0,00%			
DATOS DEL CONTRATO											
Nº del contrato:		7478915/2025		Nº Compromiso SIIF		12025		Número de pagos durante la vigencia del contrato		11	
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)				INSTRUCTOR: SERVICIOS PARA ORIENTAR FORMACIÓN TITULADA COMPLEMENTARIA Y VIRTUAL SEGUN LOS MODELOS FORMATIVOS ESTABLECIDOS POR EL CIDI MACPINTERIA PL297 DIAS VRMES \$4.599.510							
DATOS PERIODO DEL PAGO											
Del		13/02/2025		Al		28/02/2025		Saldo Anterior del Contrato:		\$ 45.535.149	
Número de pago		1		Valor Bruto Pago:		\$2.453.072,00		Valor Total del Contrato:		\$ 45.535.149	
								Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 43.082.077	
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO											
Ingresos por honorarios				\$ 2.453.072				Ninguno		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				\$2.453.072				Menos, Rete fuente Otros Ingresos		\$ 0	
BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE				\$1.529.772				TOTAL RETE FUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0	
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR											
				Febrero		Enero		Base retención en la fuente atitulado de RENTA Base		1.529.772,00	
Nº Planilla PILA, o, Nº Radicación pago SS				-----		4590211862		retención en la fuente atitulado de ICA		2.453.072,00	
Ingreso Base de Cotización-IBC				\$1.423.500		\$ 0		Valor base IVA		0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud				\$ 178.000		\$ 0		IVA (Si es RESPONSABLE)		0,00 19%	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión				\$ 227.800		\$ 0		Menos Retención en la Fuente		0,00 0,00%	
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional				\$ -		\$ 0		Menos Retención IVA		0,00 15%	
ARL				\$ 7.500		\$ 0		Reteica-8299-FLORIDA BLANCA		14.718,00 0,600%	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes				\$ -						0,00 0%	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes				\$ -						0,00 0%	
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes				\$ -						0,00 0%	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias				\$ -						0,00 0%	
Aportes voluntarios a cuentas AFCYAVC				\$ -						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				\$ -				Otras Retenciones		0,00 0,000%	
Salud hasta				\$ 796.784		\$ -		Otras Retenciones		0,00 0,000%	
Renta Exenta 25%				\$36.062.775		\$ 510.000		Otras Retenciones		0,00 0,000%	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores				\$ 0						0,00	
Al periodo objeto de cobro.								Descuentos de embargo (Si tiene)		0,00	
Retención en la Fuente Contingente				\$				VALOR A PAGAR		\$2.438.354,00	
SON: DOS MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO PESOS M/CTE											
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO											
Se presenta agenda de desplazamiento para atender cuatro fichas del programa carpintería en los municipios de Puerto Wilches y Zapatoca											
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 SALCEDO CARDENAS EL CONTRATISTA			
CERTIFICACIÓN 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;								ORLANDO COLMENARES ROJAS INSTRUCTOR			
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.											
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 WILSON BASTOS DEL GADO SUBDIRECTOR DE CENT ROG02(E)											

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 91287775
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	CESAR AUGUSTO SALCEDO CARDENAS	
CIUDAD/MUNICIPIO:	BUCARAMANGA DEPARTAMENTO:	SANTANDER
DIRECCIÓN:	CL 105 20 31	TELÉFONO: 6998937
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:	4590211862	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: enero	PERIODO COTIZACIÓN MES: enero
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2025	SALUD: AÑO: 2025
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/02/18	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 9991751708

NOVEDADES																
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 227.800
SUBTOTAL:			1	\$ 227.800
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900914254	EPS046	EPS046-SALUD MIA EPS	1	\$ 178.000
SUBTOTAL:			1	\$ 178.000

VALOR SIN MORA:	\$ 405.800
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 405.800

FUNDACION SALUD MIA EPS

CERTIFICA

Que, el Cotizante CESAR AUGUSTO SALCEDO CARDENAS, identificado(a) con CC - 91287775, en el Plan de Beneficios del Sistema General de Seguridad Social en Salud “SGSSS” del Régimen Contributivo de nuestra entidad presenta la siguiente información:

Información del Cotizante:

Nombre:	CESAR AUGUSTO SALCEDO CARDENAS		
Tipo Identificación:	CC	Estado Actual:	Afiliado Activo
Número Identificación:	91287775	Causal Estado:	
Fecha de inicio de cobertura:	2019/10/01	Fecha Retiro:	

Información Relación Laboral:

Documento Aportante	Razón Social Aportante	Estado Relación	Fecha Inicio	Fecha Retiro
CC 91287775	CESAR AUGUSTO SALCEDO CARDENAS	Vigente	2022/10/05	

Información de los Beneficiarios

Parentesco	Tipo Identificación	Identificación	Nombres y Apellidos	Estado	Fecha Inicio	Fecha Fin
Cónyuge o Compañero(a) permanente	CC	63452431	ANA MARGARITA LEAL ARIZA	Afiliado Activo	2019/10/01	
Hijos mn25 dependen económicamente o m18	TI	1097114181	ALEJANDRO SALCEDO LEAL	Afiliado Activo	2019/10/01	

****INFORMACIÓN NO VÁLIDA PARA TRASLADO ENTRE EPS, NI PARA ACLARAR MULTIAFILIACIÓN****

En constancia se firma y expide en la ciudad de Piedecuesta (Santander) a los 05 días del mes de Febrero de 2025, a solicitud del interesado.

Atentamente,

HECTOR ORIEL SALAZAR

Profesional de Afiliaciones y BDUA

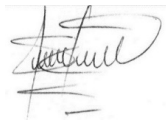
FUNDACION SALUD MIA EPS

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **CESAR AUGUSTO SALCEDO CARDENAS** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **91287775**, se encuentra afiliado/a desde **23/06/1997** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 05 de febrero de 2025.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario		001	
2. Concepto 0 2 Actualización		4. Número de formulario 141160045334			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 9 1 2 8 7 7 7 5		6. DV 2		12. Dirección seccional Impuestos y Aduanas de Bucaramanga	
				14. Buzón electrónico 4	
IDENTIFICACIÓN					
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida 2		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3		26. Número de Identificación 9 1 2 8 7 7 7 5	
Lugar de expedición 28. País COLOMBIA 1 6 9		29. Departamento Santander 6 8		30. Ciudad/Municipio Bucaramanga 0 0 1	
31. Primer apellido SALCEDO		32. Segundo apellido CARDENAS		33. Primer nombre CESAR	
				34. Otros nombres AUGUSTO	
35. Razón social					
36. Nombre comercial					
37. Sigla					
UBICACIÓN					
38. País COLOMBIA 1 6 9		39. Departamento Santander 6 8		40. Ciudad/Municipio Bucaramanga 0 0 1	
41. Dirección principal CL 105 20 31 BRR PROVENZA					
42. Correo electrónico cesaraureo72@gmail.com					
43. Código postal		44. Teléfono 1 6 0 7 6 9 5 1 4 9 2		45. Teléfono 2 3 1 6 3 5 3 3 1 7 6	
CLASIFICACIÓN					
Actividad económica		Ocupación			
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades	
46. Código 8 5 5 1		47. Fecha inicio actividad 2 0 1 2 0 7 1 1		48. Código	
				49. Fecha inicio actividad	
				50. Código 1 2	
				51. Código	
				52. Número establecimientos	
Responsabilidades, Calidades y Atributos					
53. Código 4 9					
49 - No responsable de IVA					
Usuarios aduaneros					
Exportadores					
54. Código					
55. Forma					
56. Tipo					
Servicio 1 2 3					
57. Modo					
58. CPC					
IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación					
Para uso exclusivo de la DIAN					
59. Anexos SI NO X					
60. No. de Folios: 0					
La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.					
Firma del solicitante:					
Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.					
Firma autorizada:					
984. Nombre SALCEDO CARDENAS CESAR AUGUSTO					
985. Cargo CONTRIBUYENTE					

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **CESAR AUGUSTO SALCEDO CARDENAS** identificado con CC No. **91287775**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	Fecha de inicio de cobertura: 20/02/2025 Estado Afiliación: ACTIVO Fecha de inicio de Contrato: 18/02/2025 Fecha fin de Contrato: 23/12/2025 Tipo Vinculación: TRABAJADOR INDEPENDIENTE Clase de Riesgo: 3

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prórroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202501012722922.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 20 días del mes de febrero de 2025.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

Positiva Compañía de Seguros S.A.
Nit. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia (Suplente) | defensordelcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502.
Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a. m. - 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva.
Más información <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>. Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de autorregulación.

LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS