

 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	Diciembre de 2020
			Versión	AGOSTO 2020 - 5,20
CENTRO PARA EL DESARROLLO TECNOLÓGICO DE LA CONSTRUCCIÓN Y LA			ID de Proceso	69846-817895
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista:		OMAR ANIBAL ALZATE GARCIA	C.C.	18.396.140
Correo electrónico contratista:		omagarcia@sena.edu.co	IP/N° de contacto	62893
Régimen del IVA:		NO RESPONSABLE	Pertenece al régimen simple de tributación?	NO
			Es declarante de renta?	SI
			Es Pensionado?	NO
Sus ingresos en el 2019 Superaron \$47.978.000		NO	Inducción SST	SI
			Presta Servicios Excluidos de IVA ?	SI
Banco al cual consignar:		DAVIVIENDA	Tipo de cta	AHORROS
			N° Cuenta	136870002161
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:		N/A		
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:	1904936/2020	N° Compromiso SIIF	75620	
Valor Total del Contrato	\$ 7.893.333	N ° Pago	3	Valor Bruto Pago
Saldo Anterior del Contrato	\$ 1.973.333	Periodo objeto de pago	Del 01/12/2020 Al 16/12/2020	\$ 1.973.333,00
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 0	Comisiones	\$ 0,00	
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios	\$ 1.973.333	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	Menos, Rete Fuente Otros Ingresos	\$ 0	
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 1.973.333	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0	
BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE	\$ 1.144.275			
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	Diciembre	Noviembre	Valor Base retención en la fuente	1.144.275,00
Ingreso Base de Cotización - IBC	877.803	1.480.000	Valor Base retención en la fuente ICA	1.723.033,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 109.800	\$ 185.000	Valor base IVA	0,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 140.500	\$ 236.800	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00
ARL	\$ 4.600	\$ 7.800	Menos Retención IVA	0,00
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -		Reteica - 8299	0,00
Aportes voluntarios a cuentas AFC	\$ -		Otras Retenciones	0,00
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.128.000	\$ -		Otras Retenciones	0,00
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.560.700	\$ -		Otras Retenciones	0,00
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones	0,00
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones	0,00
Aportes A.R.L. de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones	0,00
Dependientes hasta \$ 1.139.424	\$ 197.333		Descuentos de Libranza	0,00
Salud hasta \$ 569.712	\$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00
Renta Exenta 25% \$ 8.545.680	\$ 381.425		VALOR A PAGAR	\$ 1.973.333,00
Retención en la Fuente Contingente	\$ -			
SON: UN MILLÓN NOVECIENTOS SETENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Participar cuando el centro de formación lo requiera, en jornadas de diseño y desarrollo curricular de programas de Formación Profesio Ejecutar la formación profesional integral de acuerdo con el diseño curricular y proyecto formativo de los programas relacionados con Aplicar según la modalidad y niveles, estrategias de enseñanza, aprendizaje, seguimiento y evaluación de acuerdo a los lineamientos Participar cuando el centro de formación lo requiera, en proyectos de investigación técnica y/o pedagógica para fortalecer el proceso Responder por el adecuado y oportuno cumplimiento de las obligaciones contraídas en el presente contrato. Participar en las reuniones que para la ejecución del contrato sean convocadas				
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.			OMAR ANIBAL ALZATE GARCIA EL CONTRATISTA	
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO				
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui 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.			GERMAN DARIO HERNANDEZ TORRES 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)				

Transacción Aprobada

Su planilla ha sido enviada y pagada con éxito. Por favor imprima este comprobante como soporte del envío y pago de su planilla.



Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de Seguridad Social
Fecha	2020-12-04, 11:51:33 AM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	noviembre de 2020
Periodo de Cotización Para Salud	noviembre de 2020
Empresa	OMAR ANIBAL ALZATE GARCIA
CEDULA CIUDADANIA	CC 18396140
Código Sucursal (Nombre)	()
Referencia de Pago/ Número Planilla	1034184333
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	821493813
Banco	(1007) - BANCOLOMBIA
Valor	\$ 429.600
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	www.simple.co

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N800229739	230201	PROTECCION FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS	1	\$ 236.800	\$ 0
N800251440	EPS005	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.	1	\$ 185.000	\$ 0
N860011153	14-23	ARP - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1	\$ 7.800	\$ 0
SubTotales:				\$ 429.600	\$ 0
Total a Pagar:					\$ 429.600



PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2020-12-04, 11:54:41 AM Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES Número Planilla: 1034184333
Periodo Cotización: noviembre de 2020 Periodo Servicio: noviembre de 2020

PAGADO 04/12/2020

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	OMAR ANIBAL ALZATE GARCIA				
Documento	CC18396140	Dirección	CR 15 #5 N - 28 PRIMER PISO		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	7451182		
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO	Total Afiliados	1
Ciudad	ARMENIA	Departamento	QUINDIO		
Representante Legal		Identificación			

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades												Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total							
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	TAE	TAP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días AFP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Administradora	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 18396140	ALZATE GARCIA OMAR ANIBAL	59	00																0	30	30	0	PROTECCION (ING + PROTECCION)	\$ 1.480.000	\$ 236.800	EPS SANITAS	\$ 1.480.000	\$ 185.000	POSITIVA DE SEGUROS	\$ 1.480.000	\$ 7.800	NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 429.600

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes FSP	Aportes FSS	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos)	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE	TOTAL INTERESES	TOTAL FINAL
\$ 1.480.000	\$ 1.480.000	\$ 1.480.000	\$ 0	\$ 236.800	\$ 0	\$ 0	\$ 185.000	\$ 7.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 429.600	\$ 0	\$ 429.600



Armenia, 09/11/2020

Señores

Grupo Administración de Salarios (para funcionarios de Digeneral)
Grupo de Apoyo Administrativo Mixto (para las Regionales)
Servicio Nacional de Aprendizaje SENA
Armenia (Q)

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:

Alzate Garcia Jerónimo	1092824566	Calidad del Dependiente 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,

Omar Aníbal Alzate García
18.396.140

Anexo: Relación de documentos que anexa el trabajador.

- Registro civil de nacimiento x
- Certificado de estudios.
- Certificado contador público.
- Certificado medicina legal.

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

NUIP 1092854566

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

43835247

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina									
Región:	Departamento:	Municipio:	Corregimiento o Fracción de Policía:	Código:					
COLOMBIA	QUINTO	ARMENIA							
Datos del inscrito									
Primer Apellido					Segundo Apellido				
ALCATE					GARCIA				
Nombre(s)									
JERONIMO									
Fecha de nacimiento									
2010									
Mes									
ENE									
Día									
31									
Sexo									
MASCULINO									
Grupo sanguíneo									
"A"									
Factor RH									
POSITIVO									
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Fracción de Policía)									
COLOMBIA QUINTO ARMENIA									
Tipo de Acta: Acta de Nacimiento o Declaración de Nacimiento									
CERTIFICADO DE NACIMIENTO VIVO									
Nombre del padre									
DR. LOPEZ									
Número de identificación de la madre									
51855744 - 2									
Datos de la madre									
Apellidos y nombres completos					Nacionalidad				
GARCIA GARCIA ANSELMA NATALIA					COLOMBIANA				
Documento de identificación (Cédula y número)									
C.C. No. 24.585.847 DE CALARCA									
Datos del padre									
Apellidos y nombres completos					Nacionalidad				
ALCATE GARCIA OMAR ANIBAL					COLOMBIANA				
Documento de identificación (Cédula y número)									
C.C. No. 18.396.140 DE CALARCA									
Datos del declarante									
Apellidos y nombres completos					Firma				
ALCATE GARCIA OMAR ANIBAL									
Documento de identificación (Cédula y número)									
C.C. No. 18.396.140 DE CALARCA									
Datos Primer testigo									
Apellidos y nombres completos					Firma				
[Espacios para apellidos y nombres]									
Documento de identificación (Cédula y número)									
[Espacios para documento de identificación]									
Datos Segundo testigo									
Apellidos y nombres completos					Firma				
[Espacios para apellidos y nombres]									
Documento de identificación (Cédula y número)									
[Espacios para documento de identificación]									
Fecha de inscripción									
2010									
Mes									
FEB									
Día									
08									
Firma del Registrador									
DR. OSCAR GUZMAN VARELA									



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.092.854.566**

ALZATE GARCIA

APELLIDOS

JERONIMO

NOMBRES

Jeroni ma Alza

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO

ARMENIA
(QUINDIO)

LUGAR DE NACIMIENTO

31-ENE-2028

FECHA DE VENCIMIENTO

06-JUL-2017 CALARCA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

31-ENE-2010

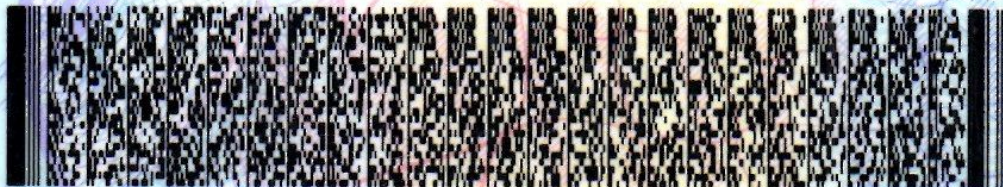
A+

M

G S RH

SEXO

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



P-2601000-00930261-M-1092854566-20170808

0056954284A 3

4854517266