SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES)
REGIONAL CAUCA
CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS - CAUCA - EMPRENDE RURAL
Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1
Resoluciòn DIAN Nº 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)

Código Regional	**19**
Código Centro	**930710**
Fecha Elaboración	**Junio de 2021**
Versión	**JUNIO 2021 - 3,21**
ID de Proceso	**50127-109185**
No. de documento	**112229**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	EDUARDO MANUEL LOPEZ MOSQUERA	**C.C.**	76.310.398	**IP/Nº de contacto**	22040
Correo electrónico contratista:	edlopezm@sena.edu.co				

Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Pertenece al régimen simple de tributación?**	NO	**Es declarante de renta?**	NO	**Es Pensionado?**	NO
Sus ingresos en el 2020 Superaron $49'849.000	NO	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**		NO	
Banco al cual consignar:	BANCO CAJA SOCIAL	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**		24046979867	
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 2021 supera los $ 119´806.000**				NO	

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato:	2358137/2021			**Nº Compromiso SIIF**		**30921**	
Valor Total del Contrato	$ 34.641.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 25.275.100	**4**	**Del**	**01/06/2021**	**Al**	**30/06/2021**	**$ 3.849.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 21.426.100		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	Prestar los servicios personales de carácter temporal, para orientar formación titulada presencial o virtual, en el programa SER, conforme a las necesidades del centro de comercio y servicios - SENA Regional Cauca. Para el área de: Desarrollo de proyectos culturales.

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.849.000	Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°		0,00%
		Retencion en la Fuente del Periodo		$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 3.849.000**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.557.575**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**		**$ 0**

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

	Junio	**Mayo**			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**4393387090**	Valor Base retención en la fuente	2.557.575,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.539.600	$ 1.539.600	Valor Base retención en la fuente ICA	3.410.100,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 192.500	$ 192.500	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 246.400	$ 246.400	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	$ 8.100	$ 8.100	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 300	6.820,00	0,200%
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -		-	0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.522.064	$ -		-	0,00	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.630.800	$ -		-	0,00	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta $ 1.161.856	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 580.928	$ -				
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 852.525		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	**$ 3.842.180,00**	

SON: TRES MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA Y DOS MIL CIENTO OCHENTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Horas directas a Formación con aprendices de Jambaló, para la ficha:2300043. 1 al 4 y 8 junio. 40 horas.
Horas directas a Formación con aprendices de Pto Tejada, para la ficha:2313531 9 al 11, 15 y 16 junio. 40 horas
Horas directas a formación con aprendices de Caloto, para la ficha 2347318 17 y 18, 21 al 25 y 28 al 30 junio. 80 horas

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.

EDUARDO MANUEL LOPEZ MOSQUERA
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 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,

ANA ALEXANDRA RODRIGUEZ VARGAS
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

JOHN JAIRO MOTTA CALDERON
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	76310398
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			EDUARDO MANUEL LOPEZ MOSQUERA
CIUDAD/MUNICIPIO:	POPAYAN	DEPARTAMENTO:	CAUCA
DIRECCIÓN:	CALLE 57 N # 10-84	TELÉFONO:	7777777
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

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**4393387090**		TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	mayo	AÑO 2021	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	mayo	AÑO 2021
DÍAS DE MORA:		0					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2021/06/04		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9995416752	

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	$ 246.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 246.400	$ 0	$ 246.400
SUBTOTALES:										**$ 246.400**	**$ 0**	**$ 246.400**

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
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 192.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 192.500	$ 0	$ 0	$ 192.500
SUBTOTALES:													**$ 192.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 192.500**

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	$ 8.100	$ 8.100	$ 0	$ 0	$ 8.100
SUBTOTALES:									**$ 8.100**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 8.100**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																								PARAFISCALES							
																												PENSIÓN								SALUD						ARP																	
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 76310398	LOPEZ MOSQUERA EDUARDO MANUEL	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.539.600				NO																		25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.539.600	$ 246.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 246.400	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.539.600	$ 192.500	$ 0	$ 192.500	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.539.600	76310398	$ 8.100	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 447.000**

EMPRESA: EFECTIVU LTDA.
NIT.830.131.993-1
Calle 96 No. 12-55 Bogota

ORDEN DE SERVICIO

No OS: 9055347050 DV: 700501

Cajero: SHTAORHO

Cliente beneficiario:
110263 PILA RECAUDO

Fecha: 04/06/2021 15:20:05

PS Recaudador:
991945 POPAYAN ASTURIAS () (T)

Cantidad cupones: 1

Identificacion: 76310398

Nombre: EDUARDO MANUEL
Apellido 1: LOPEZ
Apellido 2: MOSQUERA
TIPO DOCUMENTO: CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO: 3212264327
Codigo Planilla: 4393387090
Periodo Pago: 2021/05
Valor Comision: 0
Valor Iva Comision: 0

Referencia	Valor
76310398	$447.000,00

Valor recibido: $447.000,00
Forma de pago: EFECTIVO

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Con la solicitud y aceptacion de mi parte, de la prestacion de este servicio, entiendase que manifiesto verbalmente mi autorizacion para el tratamiento de los datos personales que voluntariamente he entregado a Efectivo Ltda., Estos datos pueden ser utilizados unica y exclusivamente para la prestacion del servicio convenido.
Linea de servicio al cliente: (1) 6463131
servicioalcliente@dimonex.co
www.dimonex.co

1

No: 151

ORDEN DE VIAJE CONTRATISTA

Atentamente solicito el tramite presupuestal y pago del anticipo para el desplazamiento del contratista:

(FORMATO ACTUALIZADO DE SEP 2020)

Nombre LOPEZ MOSQUERA EDUARDO MANUEL **c.c No.** 76.310.398 **de**

Contrato No. 2358137 de 2021

Valor Honorarios mensual 3.342.000 **Valor 100%** 3.342.000 5

Régimen del IVA: SIMPLIFICADO

DESTINO CIUDAD		RUTA	SALIDA ESTIMADA	LLEGADA ESTIMADA	DIAS	MANUTENCION DIARIA	GASTO MANUTENCION
JAMBALO	C	POPAYAN - SILVIA - JAMBALO - POPAYAN	04/05/2021	05/05/2021	1,5		
PUERTO TEJADA	C	POPAYAN - - PUERTO TEJADA - POPAYAN	06/05/2021	07/05/2021	1,5		
JAMBALO	C	POPAYAN - SILVIA - JAMBALO - POPAYAN	10/05/2021	11/05/2021	1,5		
PUERTO TEJADA	C	POPAYAN - - PUERTO TEJADA - POPAYAN	12/05/2021	14/05/2021	2,5		
JAMBALO	C	POPAYAN - SILVIA - JAMBALO - POPAYAN	18/05/2021	19/05/2021	1,5		
		- - -					
		- - -					
		- - -					
		- - -					
		- - -					
		- - -					
		- - -					
		- - -					
		- - -					
		- - -					
		- - -					
		- - -					
		- - -					
		- - -					
		- - -					
		- - -					
		- - -					
		- - -					
		- - -					

Pasaje Aereo [ ] **Pasaje Terrestre** [X]

OBJETIVOS: Impartir formación profesional integral en desarrollo de proyectos culturales para las fichas 2300043 Jambaló y 2313531 Puerto Tejada

Valores a reconocer:	
Gastos de manutención	
Gtos transporte por comision	350.000
Otros gastos	150.000
Subtotal	500.000
Menos retefuente	
Valor neto a reconocer	500.000

REGISTRO PRESUPUESTAL No. _____

FECHA: _____ **FIRMA:** _____

SON:

CUENTA No. 24046979867 **TIPO:** **BANCO DE:** BCSC S A

AUTORIZO PARA QUE DEL SALDO DEL CONTRATO SE DESCUENTE EL VALOR RECONOCIDO SI EN CINCO DIAS NO LO HE LEGALIZADO O EFECTUADO EL REINTEGRO.

RECIBI CONFORME-COMISIONADO:

LOPEZ MOSQUERA EDUARDO MANUEL

C.C. 76.310.398 de Popayán

No. CDP: _____ **de** _____

Observaciones:

CENTRO COMERCIO Y SERVICIOS
Dependencia

FERNANDO ALFONSO ESCOBAR QUIRA
Solicitante y/o Ordenador del gasto

LEGALIZACION ORDEN DE VIAJE CONTRATISTA

	Valores a legalizar	SALDO	
Gastos de manutención			SALDO A FAVOR
Gtos transporte por comision			
Otros gastos			
Subtotal			VALOR A REINTEGRAR
Menos retefuente			500.000
Valor neto a legalizar			

EL SOLICITANTE CERTIFICA QUE EL COMISIONADO AUTORIZADO EN ESTA COMISION U ORDEN DE SERVICIOS CUMPLIO A SATISFACCION CON LOS OBJETIVOS PREVISTOS.

FERNANDO ALFONSO ESCOBAR QUIRA
SOLICITANTE

Elaboró: Jonnathan Molina: _____ **Revisó**: Liz Angela Betancourt: _____ Tipo Recurso: _____

Fecha Legalizacion: _____ Legalizacion SIIF: _____ CxP: _____ Orden Pago: _____

banco popular COMPROBANTE PARA RECAUDOS EMPRESARIALES No. 0146575[4]

Nro. Cuenta /Obligación /Planilla Asistida	Cuenta Cte [X]	Cuenta Ahorro [ ]
110004000024-9		

Ciudad	Día	Mes	Año
Popayán	20	05	

Nombre de Entidad o Convenio Recaudador: DN Rosario Cuadros

Nombre usuario del convenio: Rosario [illegible]

Nro. Ident: [illegible] Teléfono: 321[illegible]

Referencias Nit/C.C./Código de convenio/Nro. Factura/Otra

Ref. 1	
Ref. 2	360200
Ref. 3	
Ref. 4	cll 5 N° 10-64

Diligenciar sólo para pagos de PILA-asistida

NIT/C.C. del aportante	Año	Mes

Espacio para sello o Timbre

	Cod. Bco.	Nro. Cta. del Cheque	Valor $
1			
2			
3			

	Total Efectivo $	500.000
Cantidad ( )	Total Cheques $	
	Total Consignación $	500.000

100345188

OFIX NIT. 900356526-1

ESTE RECIBO NO ES VÁLIDO SIN LA IMPRESIÓN DE LA MÁQUINA REGISTRADORA EN SU DEFECTO SERÁ NECESARIO LA MARCA DEL PROTECTOR, FIRMA Y SELLO DEL CAJERO

- CLIENTE -