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 VALLE
DESPACHO REGIONAL-EMPRENDIMIENTO
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	**76**
Código Centro	**101076**
Fecha Elaboración	**Setiembre de 2021**
Versión	**JUNIO 2021 - 3,21**
ID de Proceso	**36412-950679**
No. de documento	**210872**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	MARIO HERNAN LOZANO ASPRILLA	**C.C.**	1.076.325.240	**IP/Nº de contacto**	0
Correo electrónico contratista:	malozanoa@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:	BANCOLOMBIA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**	80881202941		
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:	2707374/2021			**Nº Compromiso SIIF**	**71021**		
Valor Total del Contrato	$ 21.424.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 17.424.853	**2**	**Del**	**01/09/2021**	**Al**	**30/09/2021**	**$ 4.284.800,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 13.140.053		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

SERVICIOS PERSONALES PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO A LOS USUARIOS DE LOS CENTROS DE DESARROLLO EMPRESARIAL PARA LA GESTIÓN Y CUMPLIMIENTO DE LAS METAS E INDICADORES ASIGNADOS DE ACUERDO LOS LINEAMIENTOS EMITIDOS POR EL SENA.

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.284.800	Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°		5,61%
		Retencion en la Fuente del Periodo		$ 274.617
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 3.999.147			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 8.283.947**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 4.894.614**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**		**$ 274.617**

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

	Setiembre	**Agosto**
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**9424527378**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.713.920	$ 1.546.337
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 214.300	$ 193.300
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 274.300	$ 247.500
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 9.000	$ 8.100
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.522.064	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.630.800	$ -	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 247.500	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 193.300	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 8.100	
Dependientes hasta $ 1.161.856	$ 828.395	
Salud hasta $ 580.928	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.713.920	$ 1.631.538	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	4.894.614,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.796.200,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	274.617,00	5,61%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299	0,00	0,000%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Pro-UCEVA	21.424,00	0,500%
Universidad del Pacífico	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$ 3.988.759,00**	

SON: TRES MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y NUEVE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Diseñar, gestionar y hacer seguimiento al plan de Acción individual formulado con base en los Lineamientos establecidos por la Coordin
Diseñar, gestionar y hacer seguimiento al plan de Acción individual formulado con base en los Lineamientos establecidos por la Coordi
Cumplir las metas asignadas estableciendo las acciones requeridas para lograr su cumplimiento.
Registrar de manera confiable, oportuna y con calidad la información referente al desarrollo de sus servicios en las plataformas tecn
Participar en las jornadas de divulgación y orientación para el fomento de la cultura del emprendimiento atendiendo los lineamientos
Asesorar a los emprendedores en las diferentes etapas establecidas para la creación de empresas tales como: orientación, entrenamient
Realizar acompañamiento y seguimiento, en la puesta en marcha de las empresas creadas con recursos del Fondo Emprender u otras fuente
Asesorar a los Clientes del Centro de Desarrollo Empresarial SENA que lo requieran en sus procesos de Fortalecimiento Empresarial bus
Dar cumplimiento a los lineamientos emitidos por la Coordinación Nacional y Regional en lo que respecta al uso eficiente en el proces

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.

MARIO HERNAN LOZANO ASPRILLA
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,

BEATRIZ EUGENIA COBO GARCIA
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02

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

FERNANDO JOSE MURIEL ANDRADE
DIRECTOR REGIONAL

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1076325240		LOZANO ASPRILLA MARIO HERNAN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 22 SUR 3 SUR 30	JAMUNDI-VALLE	1111111	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-08	2021-08	1126226197	9424527378	I	2021/09/09	2021/09/10	BANCOLOMBIA	1	$497,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,713,920	$274,300			$1,713,920	$214,300			$0	$0			$1,713,920	$9,000		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,713,920	$274,300			$1,713,920	$214,300			$0	$0			$1,713,920	$9,000		$0	$0
Ciudad: JAMUNDI Depto: VALLE (1 Afiliados)					$1,713,920	$274,300			$1,713,920	$214,300			$0	$0			$1,713,920	$9,000		$0	$0
1	CC 1076325240	LOZANO MARIO	25-14	30	$1,713,920	$274,300	EPS037	30	$1,713,920	$214,300		0	$0	$0	14-23	30	$1,713,920	$9,000	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,713,920	$274,300			$1,713,920	$214,300			$0	$0			$1,713,920	$9,000		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1076325240		LOZANO ASPRILLA MARIO HERNAN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 22 SUR 3 SUR 30	JAMUNDI-VALLE	1111111	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-08	2021-08	1126226197	9424527378	I	2021/09/09	2021/09/10	BANCOLOMBIA	1	$497,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$274,300	$0	$0	$274,300
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$274,300	$0	$0	$274,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,000	$0	$0	$9,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$9,000	$0	$0	$9,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$214,300	$0	$0	$214,300
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$214,300	$0	$0	$214,300
TOTAL				1	$497,600	$0	$0	$497,600

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Cali, septiembre de 2021

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 contratista de prestación de servicios personales y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario y el artículo 1.2.4.1.18. del Decreto 1625 de 2016, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

T.I.	**1116075670**	**Alejandro Lozano Lasso**	**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,

Mario Lozano Asprilla

_____
FIRMA

Nombre: Mario Hernan Lozano Asprilla

C.C. 1076325240 de Istmina

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1.116.075.670

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 51315047

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 03 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 4B

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA VALLE DEL CAUCA TULUA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
LOZANO	LASSO

Nombre(s): ALEJANDRO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2011 Mes 02 Día 13	MASCULINO	B	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA VALLE DEL CAUCA TULUA HOSPITAL TOMAS URIBE URIBE

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
ACTA DE RECONOCIMIENTO	

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: LASSO GORDILLO GLORIA ELENA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC. 66.783.853 DE PALMIRA	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: LOZANO ASPRILLA MARIO HERNAN

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC. 1.076.325.240 DE ISTMINA	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: LOZANO ASPRILLA MARIO HERNAN

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC. 1.076,325.240 DE ISTMINA	Mario Lozano A.

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):

Fecha de inscripción

Año 2011 Mes 01 Día 24

Nombre y firma del funcionario que autoriza

Cabrero

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Mario Lozano Asprilla

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

ESTA INSCRIPCION SUSTITUYE EL FOLIO 43922509 POR RECONOCIMIENTO HECHO ANTE EL JUZGADO 7 DE FAMILIA DE CALI, ACTA S.N DE FECHA 22 AGOSTO 2011.
Enmendado " ACTA DE RECONOCIMIENTO " Si Vale.

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.116.075.670**

LOZANO LASSO

APELLIDOS

ALEJANDRO

NOMBRES

Alejandro Lozano

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **13-FEB-2011**

TULUA
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

13-FEB-2029

FECHA DE VENCIMIENTO

B+

G S RH

M

SEXO

13-FEB-2018 TULUA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

P-3110600-00987070-M-1116075670-20180316 0060085271A 2 3014829969