SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL CAUCA
CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS - CAUCA - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION

Código Regional	**19**
Código Centro	**930710**
Fecha Elaboración	**Marzo de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**82664-261893**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	DAVID EDUARDO LOZADA CERON	**C.C.**	10.296.037	**IP/Nº de contacto**	3156614275
Correo electrónico contratista:	dlozada@sena.edu.co				

Régimen del IVA: NO RESPONSABLE **Pertenece al régimen simple de tributación?** NO **Es declarante de renta?** NO **Es Pensionado?** NO

Banco al cual consignar: BANCOLOMBIA **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** SI

Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000: NO **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 86860412464

Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2023 supera los $ 169'648.000 (debe cambiarse a responsable IVA) NO

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato: 4508601/2023 **Nº Compromiso SIIF** **4423**

Valor Total del Contrato	$ 31.909.333	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 31.266.000	**2**	**Del**	**01/02/2023**	**Al**	**28/02/2023**	**$ 3.860.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 27.406.000		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

Prestar servicios personales de carácter temporal como instructor contratista, impartiendo formación profesional integral presencial, a distancia o virtual; en los programas de titulada regular, del centro de comercio y servicio del SENA Regional Cauca, perteneciente al área o red de conocimiento: Informatica y Desarrollo de Software, según las necesidades del servicio, en el o los municipios del

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.860.000		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	**$ 3.860.000**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.269.350**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Febrero	Enero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**9446945172**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.544.000	$ 1.160.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 193.000	$ 145.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 247.100	$ 185.600
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 8.100	$ 6.100
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 965.000	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC $ 13.430.466	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $ 13.430.466	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 4.241.200	$ -	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Dependientes hasta $ 1.357.184	$ 386.000	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 756.450	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.269.350,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.419.900,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 300	6.840,00	0,200%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	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	**$3.853.160,00**	

SON: TRES MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL CIENTO SESENTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Orientar formación en la ficha 2502309 de ADSO en la jornada de la mañana en el Centro de Comercio y Servicios Sena Regional Cauca
Orientar formación en la ficha 2561080 de ADSO en la jornada de la mañana en el Centro de Comercio y Servicios Sena Regional Cauca
Orientar formación en la ficha 2673491 de ADSO en la jornada de la mañana en el Centro de Comercio y Servicios Sena Regional Cauca
Orientar formación en la ficha 2502319 de ADSO en la jornada de la mañana en el Centro de Comercio y Servicios Sena Regional Cauca
Orientar formación en la ficha 2428922 de ADSO en la jornada de la mañana en el Centro de Comercio y Servicios Sena Regional Cauca
Orientar formación en la ficha 2673492 de ADSO en la jornada de la mañana en el Centro de Comercio y Servicios Sena Regional Cauca

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.

DAVID EDUARDO LOZADA CERON
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,

ADA LORENA CERON ROSERO
INSTRUCTOR G20

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

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 10296037		LOZADA CERON DAVID EDUARDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cj montes cs 71	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1111111	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-01	2023-01	71374810	9446945172	I	2023/02/09	2023/02/24	BANCO DE OCCIDENTE	15	$121,900

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)					$411,734	$65,900			$411,734	$51,500			$0	$0			$411,734	$2,200		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$411,734	$65,900			$411,734	$51,500			$0	$0			$411,734	$2,200		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$411,734	$65,900			$411,734	$51,500			$0	$0			$411,734	$2,200		$0	$0
1	CC	10296037	LOZADA DAVID	230301	8	$411,734	$65,900	EPS018	8	$411,734	$51,500		0	$0	$0	14-23	8	$411,734	$2,200	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$411,734	$65,900			$411,734	$51,500			$0	$0			$411,734	$2,200		$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 10296037		LOZADA CERON DAVID EDUARDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cj montes cs 71	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1111111	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-01	2023-01	71374810	9446945172	I	2023/02/09	2023/02/24	BANCO DE OCCIDENTE	15	$121,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$65,900	$1,200	$0	$67,100
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$65,900	$1,200	$0	$67,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$2,200	$100	$0	$2,300
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$2,200	$100	$0	$2,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$51,500	$1,000	$0	$52,500
S.O.S. SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.	EPS018	805,001,157	2	1	$51,500	$1,000	$0	$52,500
TOTAL				1	$119,600	$2,300	$0	$121,900

EMPRESA: EFECTIVO LTDA.
NIT 830.131.393-1
Calle 96 No. 12-55 Bogota

ORDEN DE SERVICIO

No OS: 9340886576 DV: 432118

Cajero: JACRIDA

Cliente beneficiario:
113237 PLANILLAS AVAL Aportes en Linea
Arus Compensar Asopagos Simple Mi Plan

Fecha: 24/02/2023 08:57:14

PS Recaudador:
999008 LA GRAN BRETAÑA

Cantidad cupones: 1

Nombre:	david eduardo
Apellido 1:	lozada
NUM PLANILLA:	9446945172
TIPO DE IDENTIFICACION:	CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO IDENTIFICACION:	10296037
PERIODO:	202301
Referencia	Valor
9446945172	$121.900,00

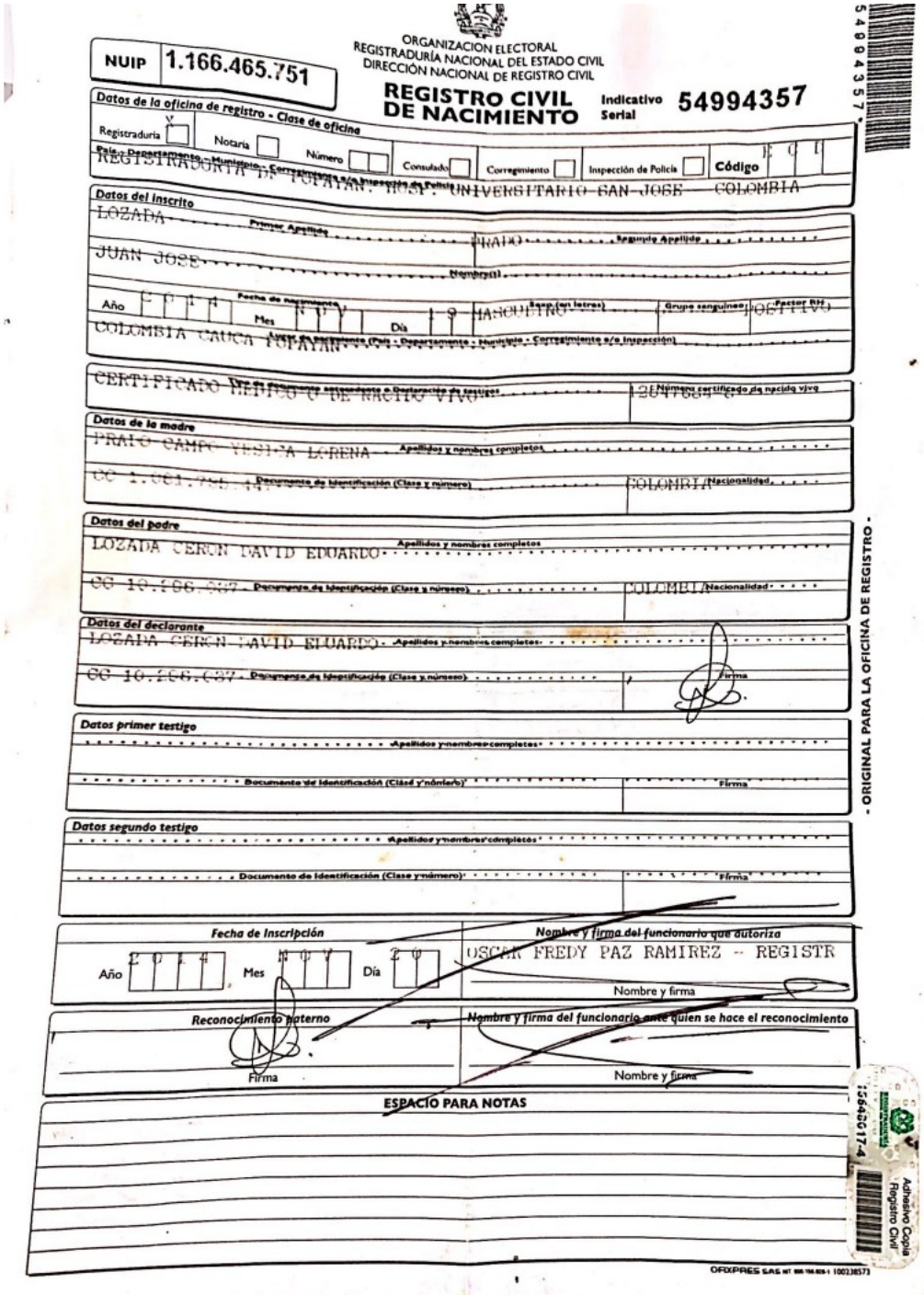
Valor recibido: $121.900,00
Forma de pago: EFECTIVO

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) 6510101
servicioalcliente@efecty.com.co
www.efecty.com.co

Powered by CamScanner

Anexo: Relación de documentos que anexa el trabajador.

- Tarjeta de Identidad __x_
- Registro civil __x_
- Certificado de estudios. ____
- Certificado contador público. ____
- Certificado medicina legal. ____



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

NUIP 1.166.465.751

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 54994357

54994357

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina
Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código
País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía: REGISTRADURIA DE POPAYAN. HOSP. UNIVERSITARIO SAN JOSE COLOMBIA

Datos del inscrito
Primer Apellido: LOZADA
Segundo Apellido: DIAZ
Nombre(s): JUAN JOSE
Fecha de nacimiento: Año 2014 Mes 11 Día 19
Hora (en letras): HA SIDO PM
Grupo sanguíneo:
Factor RH (+/-):
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección): COLOMBIA CAUCA POPAYAN

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO
Número certificado de nacido vivo: 1204684

Datos de la madre
Apellidos y nombres completos: DIAZ CAMPO YESICA LORENA
Documento de identificación (Clase y número): CC 1.061.765.144
Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del padre
Apellidos y nombres completos: LOZADA CERON DAVID EDUARDO
Documento de identificación (Clase y número): CC 10.266.837
Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del declarante
Apellidos y nombres completos: LOZADA CERON DAVID EDUARDO
Documento de identificación (Clase y número): CC 10.266.837
Firma

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
Año 2014 Mes 11 Día 20

Nombre y firma del funcionario que autoriza
OSCAR FREDY PAZ RAMIREZ - REGISTR
Nombre y firma

Reconocimiento paterno
Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Adhesivo Copia Registro Civil

OFIXPRES S.A.S. NIT 800.198.826-1 (80038573)

Escaneado con CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.166.465.751**

LOZADA PRADO

APELLIDOS

JUAN JOSE

NOMBRES



juan jose Lozada

FIRMA

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Popayàn, 28 de febrero de 2023

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Ciudad Popayan Cauca

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. **1166465751**	JUAN JOSE LOZADA PRADO	Hijo menor de 18 años	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,



_____
FIRMA

Nombre: _DAVID EDURADO LOZADA CERON

C.C. 10296037

NO IMPRIMA ESTA HOJA ES SOLAMENTE DE CARÁCTER INFORMATIVO

REQUISITOS PARA DEDUCCIONES POR DEPENDIENTES

En el siguiente cuadro se relacionan los requisitos y documentos que se deben adjuntar para poder acceder al beneficio de disminución de retención en la fuente, por dependientes:

DEDUCCION	CONCEPTO	REQUISITOS
DEPENDIENTES	Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad.	Registro civil de nacimiento
	Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES ' o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.	Recibo de pago de matrícula de instituciones debidamente acreditadas
	Los hijos del contribuyente mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Medicina Legal
	El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal
	Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	Certificado de Contador Público Certificado de Medicina Legal