SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL CHOCÓ
CENTRO DE RECURSOS NATURALES, INDUSTRIA Y BIODIVERSIDAD-CHOCÓ

Código Regional	**27**
Código Centro	**952210**
Fecha Elaboración	**Abril de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**21664-382426**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	LEYTON MOSQUERA SANCHEZ	**C.C.**	11.936.406	**IP/Nº de contacto**	3207174751
Correo electrónico contratista:	lmosquera@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 ?** NO

Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000: NO **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 53619972071

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: 4779112/2023 **Nº Compromiso SIIF** **36323**

Valor Total del Contrato	$ 41.002.661	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 41.002.661	**1**	**Del**	**10/04/2023**	**Al**	**30/04/2023**	**$ 3.177.328,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 37.825.333		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)

PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR TÉCNICO APORTANDO EN LA PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN DE LOS PROCESOS FORMATIVOS DE LOS DISEÑOS CURRICULARES ASIGNADOS POR LA COORDINACIÓN ACADÉMICA PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS COMPROM

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.177.328		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	**$ 3.177.328**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.867.946**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Abril	**Marzo**
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**4494284376**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.270.931	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 158.900	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 203.400	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 6.700	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 794.332	$ -	
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	$ 317.733	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 622.649	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	1.867.946,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	2.815.028,00	
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 - 8551	5.630,00	0,200%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Pro Utch	31.773,00	1,000%
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	**$3.139.925,00**	

SON: TRES MILLONES CIENTO TREINTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS VEINTICINCO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Las actividades Realizadas durante el mes de abril, del 10 hasta el 30, fueron las siguientes.
Se hizoel respectivo alistamiento de la formación, consistente, en la elaboracion de guias de aprendizajes,planeacion pedagogica, Talleres, e instrumentos de evaluacion.
Articule, con el instructor de emprendimiento, en la programacion de la formacion presencial.
Me Reuni con el lider de la comunidad del corregimiento el 10 del municipio de Riosucio, para establecer los lineamientos de trabajo.
Realice, proceso de Registro de los nuevos aprendices, en la plataforma de sofia plus.
Participe, en la induccion presencial sobre capacitaciones del manejo de la informacion quese debe subir al ondrive y entregables, capacitacion , con la lider de emprendimiento, Capacitación en comunicación y medidas para levantar la información de fotos y videos.
Participe del Taller de Transferencia virtual de finagro concerniente a las diferentes líneas de crédito para los emprendedores.

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.

LEYTON MOSQUERA SANCHEZ
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,

YILSE ALEID RUIZ CARRILLO
INSTRUCTOR G13

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

LUIS ENRIQUE MURILLO LOPEZ
DIRECTOR REGIONAL CON FUNCIONES DE SUBDIRECTOR DE CENTRO

NUEVA EPS S.A
Certifica

42 - 0

Que las personas relacionadas a continuación en cumplimiento de lo establecido en las normas legales vigentes han cotizado al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de esta Entidad Promotora de Salud las siguientes semanas de cotización:

Datos del SEGUNDO COTIZANTE

CC 11936406 LEYTON MOSQUERA SANCHEZ

Semanas Cotizadas NUEVA EPS S.A		**Estado.**	ACTIVO
Fecha Afiliación	31/01/2022	**Causal**	
Fecha Cancelación	00/00/0000		

La presente certificación se expide el día 22 de Abril de 2023 a solicitud del interesado.

Observaciones

DIOSA MARIA MENA CORDOBA
ASESOR DE SERVICIO AL CLIENTE

Powered by CamScanner

Colpensiones 10 años

GOBIERNO DE COLOMBIA

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **LEYTON MOSQUERA SANCHEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **11936406,** se encuentra afiliado/a desde **03/10/2007** 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 21 de abril de 2023.



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
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14804993411

(415)7707212489984(8020) 000001480499341 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 1 9 3 6 4 0 6	4	Impuestos y Aduanas de Quibdó 1 8	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 1 9 3 6 4 0 6	1 9 9 1 0 8 2 8

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Chocó 2 7	Condoto 2 0 5

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MOSQUERA	SANCHEZ	LEYTON	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Chocó 2 7	Quibdó 0 0 1

41. Dirección principal: CR 27 C 25 109 BRR JARDIN

42. Correo electrónico: leytonmosquera406@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	6 7 3 2 6 1 6	3 1 3 7 4 6 4 2 3 4

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 5 5 1	2 0 1 3 0 4 2 2							

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 4 9																									

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

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 61. Fecha 2022 - 01 - 08 / 08 : 25: 41

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 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre MOSQUERA SANCHEZ LEYTON
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

QUIBDO, 06 MARZO 2023

Señor(a)

Coordinador(a)

Certifico que el señor(a) LEYTON MOSQUERA SANCHEZ, identificado con Cedula Ciudadanía Nº 11.936.406, presentó concepto medico ocupacional y los resultados de exámenes requeridos de acuerdo con lo requerido en la Circular 3-2023-000014, para el proceso de contratación, los cuales fueron revisados por Medica de la Regional Chocó.

Atentamente,

Firmado digitalmente por FARITH CONSUELO MURILLO CASTAÑO
Fecha: 2023.03.12 11:05:57 -05'00'

Farith Consuelo Murillo Castaño

Médica Especialista en Seguridad y Salud en el trabajo

Sena Regional Chocó

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Quibdó, 24 de abril de 2023

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.	1131044399	**LEYDERALEXANDER MOSQUERA MOSQUERA**	**HIJO**

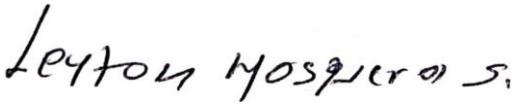
Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Elija un elemento.

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: LEYTON MOSQUERA SANCHEZ

C.C. 11936406

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1.131.044.399

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 42779205

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

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

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía: REGISTRADURIA DE CERTEGUI - COLOMBIA - CHOCO - CERTEGUI

Datos del inscrito

Primer Apellido: MOSQUERA | Segundo Apellido: MOSQUERA

Nombre(s): LEYDER ALEXANDER

Fecha de nacimiento: Año 2009 Mes ENE Día 09 | Sexo (en letras): MASCULINO | Grupo sanguíneo: | Factor RH:

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA CHOCO CERTEGUI

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: TESTIGOS | Número certificado de nacido vivo:

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: MOSQUERA PALACIOS NEIL AMADA

Documento de identificación (Clase y número): CC 54.259.353 | Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: MOSQUERA SANCHEZ LEYTON

Documento de identificación (Clase y número): CC 11.936.406 | Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: MOSQUERA SANCHEZ LEYTON

Documento de identificación (Clase y número): CC 11.936.406 | Firma:

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos: MUNOZ CANTILLO DAIRO

Documento de identificación (Clase y número): CC 3.886.211 | Firma: x Dairo Muñoz Cantillo

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos: CORDOBA PALACIOS VILMA LUCIA

Documento de identificación (Clase y número): CC 54.250.710 | Firma:

Fecha de inscripción	*Nombre y firma del funcionario que autoriza*
Año 2009 Mes SEP Día 14	ZEUDY VICTORIA LOZANO ANDRADE - R Nombre y firma

Reconocimiento paterno	*Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento*
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

- PRIMERA COPIA PARA LA DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL -

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	11936406
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			LEYTON MOSQUERA SANCHEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	QUIBDO	DEPARTAMENTO:	CHOCO
DIRECCIÓN:	CARRERA 27E N. 29 105 BARRIO	TELÉFONO:	6732616
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:	**4494284376**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	marzo	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	marzo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2023	SALUD:	AÑO:	2023
DÍAS DE MORA:		8			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2023/04/12	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9993948913

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 187.500
SUBTOTAL:			1	**$ 187.500**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900156264	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	$ 146.500
SUBTOTAL:			1	**$ 146.500**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 6.200
SUBTOTAL:			1	**$ 6.200**

TOTAL PAGADO:	**$ 340.200**

EMPRESA: EFECTIVO LTDA.
NIT.830.131.998-1
Calle 96 No. 12-55 Bogota
ORDEN DE SERVICIO
No OS: 935886155 DV: 786755
Cajero: PAANTOCA
Cliente beneficiario:
1102653 PILA RECAUDO
Fecha: 12/04/2023 15:14:00
PS Recaudador:
905924 BARRIO PAN DE YUCA CARRERA 6
Cantidad cupones: 1
Identificacion: 11936406
Nombre: LEYTON
Apellido 1: MOSQUERA
Apellido 2: SANCHEZ
TIPO DOCUMENTO: CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO: 1111111111
Codigo Planilla: 4494284376
Periodo Pago: 2023/03
Valor Comision: 0
Valor Iva Comision: 0
Referencia Valor
11936406 $340.200,00
Valor recibido: $340.200,00
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