

 <p>SENA SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</p>	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 Julio de 2023 Versión ENERO 2023 - 1,23 ID de Proceso 25420-406344
	DATOS DEL CONTRATISTA		
	Nombres y apellidos contratista: EDUARD IVAN PIEDRAHITA VELASCO Correo electrónico contratista: epiedrahitave@sena.edu.co C.C. 10.296.166 IP/N° de contacto 0 Régimen del IVA: NO RESPONSABLE Pertenece al régimen simple de tributación? NO Es declarante de renta? NO Es Pensionado? NO Banco al cual consignar: <input type="text"/> 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 <input type="text"/> N° Cuenta <input type="text"/> 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		
N° del contrato: 4508263/2023 Valor Total del Contrato \$ 31.909.333 Saldo Anterior del Contrato \$ 11.966.000 Nuevo Saldo del Contrato \$ 8.106.000		N° Compromiso SIIF 7723 Periodo objeto de pago Del 01/07/2023 Al 31/07/2023 Legalización comisiones del periodo \$ 0,00	Valor Bruto Pago \$ 3.860.000,00
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción 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: Salud y Servicios Personales, según las necesidades del servicio, en el o los municipios del departamento	
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Ingresos por honorarios \$ 3.860.000 Ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ 0 TOTAL INGRESOS DEL PERIODO \$ 3.860.000 BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 2.269.350		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383° 0,00% Retencion en la Fuente del Periodo \$ 0 Menos, ReteFuente Otros Ingresos \$ 0 TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO \$ 0	
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR			
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS Ingreso Base de Cotización - IBC \$ 1.544.000 Aporte obligatorio a seguridad social salud \$ 193.000 Aporte obligatorio a seguridad social Pensión \$ 247.100 Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional \$ - ARL \$ 8.100 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 Salud hasta \$ 678.592 Renta Exenta 25% \$ 2.792.123 Retención en la Fuente Contingente \$ -		Julio Junio 8625601359 Base retención en la fuente a titulo de RENTA 2.269.350,00 Base retención en la fuente a titulo de ICA 3.860.000,00 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 7.720,00 0,200% Otras Retenciones 0,00 Otras Retenciones 0,00 Otras Retenciones 0,00 Otras Retenciones 0,00 Descuentos de Libranza 0,00 Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00 VALOR A PAGAR \$3.852.280,00	
SON: TRES MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL DOSCIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE			
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Ficha 2673727: competencia:Surtir productos según plan y técnicas de merchandising Resultado de aprendizaje:2. EFECTUAR EL SUMINISTRO DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS Y DEMÁS INSUMOS PARA LA SALUD SEGÚN LOS PROTOCOLOS DEL E FICHA 2502366: ACOMPAÑAMINETO WORLDSKILLS FICHA 2618307: COMPETENCIA:Entregar productos farmacéuticos según delegación y normativa de salud Resultado de aprendizaje: FICHA 2712294:Entregar productos farmacéuticos según delegación y normativa de salud Resultado de aprendizaje:3. EVALUAR LA ENTREGA DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS SEGÚN ESPECIFICACIONES DEL REQUERIMIENTO, PROTOCOLOS Y NORMA			
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.		EDUARD IVAN PIEDRAHITA VELASCO 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, OLGA LUCIA HOYOS ASTUDILLO 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 HAROL ARMANDO ROSERO SALAZAR SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)			

RESUMEN PLANILLA PAGADA



DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 10296166	0	PIEDRAHITA VELASCO EDUARD IVAN	I	0	POSITIVA - 14-23	ÚNICA	7490	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO		EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES	
19-1	CR 32 3 68		80000000		ZURDOOCORO@HOTMAIL.COM		N	

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERIODO PENSIÓN	PERIODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERES X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2023-06	2023-06	8625601359	I	2023-07-12	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	448.200	0	AvVillas
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LIMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	8604746199	2023-07-18	Pagada							

EMPLEADO					NOVEDADES																	DIAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.	Total	Exento de Parafiscales	Actividad Economica	
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SUN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	EPST	AFPT	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot.	ARL	IBC	Cot.	Cot.	Cot.						Cot.
1	CC 10296166	PIEDRAHITA VELASCO EDUARD IVAN	1.544.000																	0			30	30	0	30	PORVENIR-230301	1.544.000	247.100	0	0	SOS-EPS-EPS018	1.544.000	193.000	SIN CCF-SINCCF	0	0	1.544.000	8.100	0,00522	0	0	0	0	0	59	0	448.200	N	1855101

RESUMEN PLANILLA PAGADA



DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 10296166	0	PIEDRAHITA VELASCO EDUARD IVAN	I	0	POSITIVA - 14-23	ÚNICA	7490	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO		EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES	
19-1	CR 32 3 68		80000000		ZURDOOCORO@HOTMAIL.COM		N	

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERIODO PENSIÓN	PERIODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERES X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2023-06	2023-06	8625601359	I	2023-07-12	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	448.200	0	AvVillas
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LIMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	8604746199		Pagada							

TOTALES IBC				
IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
1.544.000	1.544.000	1.544.000	0	0

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 1)				1	247.100	0	0	0	247.100
PORVENIR	230301	800224808	8	1	247.100	0	0	0	247.100
EPS(Administradoras: 1)				1	193.000	0	0	0	193.000
SOS-EPS	EPS018	805001157	2	1	193.000	0	0	0	193.000
ARP(Administradoras: 1)				1	8.100	0	0	0	8.100
POSITIVA	14-23	860011153	6	1	8.100	0	0	0	8.100
Gran Total					448.200	0	0	0	448.200

EMPLEADO					NOVEDADES																	DIAS			PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.	Total	Exento de Parafiscales	Actividad Económica			
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	EPST	AFPT	AFP	EP'S	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot.	ARL	IBC	Cot.	Cot.						Cot.	Cot.	
1	CC 10296166	PIEDRAHITA VELASCO EDUARD IVAN	1.544.000																	0			30	30	0	30	PORVENIR- 230301	1.544.000	247.100	0	0	SOS-EPS- EPS018	1.544.000	193.000	SIN CCF- SINCCF		0	0	1.544.000	8.100	0,00522	0	0	0	0	0	59	0	448.200	N	1855101

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA	
CC 10296166	0	PIEDRAHITA VELASCO EDUARD IVAN	I	0	POSITIVA - 14-23	ÚNICA	7490	Natural	
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES	
19-1	CR 32 3 68		80000000			ZURDOOCORO@HOTMAIL.COM		N	



DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERIODO PENSIÓN	PERIODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERES X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2023-06	2023-06	8625601359	I	2023-07-12	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	448.200	0	AvVillas
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LIMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	8604746199		Pagada							

TOTALES IBC				
IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
1.544.000	1.544.000	1.544.000	0	0

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 1)				1	247.100	0	0	0	247.100
PORVENIR	230301	800224808	8	1	247.100	0	0	0	247.100
EPS(Administradoras: 1)				1	193.000	0	0	0	193.000
SOS-EPS	EPS018	805001157	2	1	193.000	0	0	0	193.000
ARP(Administradoras: 1)				1	8.100	0	0	0	8.100
POSITIVA	14-23	860011153	6	1	8.100	0	0	0	8.100
Gran Total					448.200	0	0	0	448.200



COMPROBANTE PAGO DE PLANILLA ASISTIDA PILA

Número identificación del Aportante / Pin Único

10296166

Valor a Pagar \$:

448 200

Si usted va a realizar el pago con el número de Planilla, diligencie esta sección:

PAGO CON NÚMERO DE PLANILLA

Número de Planilla

8604746799

AVV 253 20230712 09:37 SC 871 LINEA D

VR PAGADO: 448,200.00

NOMBRE: ASOPAGOS

CLAVE: 8604746199

ID: 10296166

Si usted va a realizar el pago con Pin Único, diligencie esta sección:

PAGO CON PIN ÚNICO

Operador de Información:

Periodo de Cotización a Pagar:

Año

Mes

2023

06

Fecha Aplicación: 20230712 PIN: 93554

Estimado cliente: Verifique los datos de su pago. Después de retirarse de la ventanilla no se aceptan reclamos.

ESTIMADO CLIENTE:

VERIFIQUE QUE LA INFORMACIÓN IMPRESA EN EL COMPROBANTE SEA CORRECTA Y QUE EL VALOR REGISTRADO CORRESPONDA AL VALOR ORDENADO POR USTED. EL BANCO NO TENDRÁ COPIA DE ESTE FORMATO. EL SOPORTE DE LA TRANSACCIÓN SERÁ EL REGISTRO EN EL SISTEMA. RECUERDE QUE ÉSTE SERÁ EL ÚNICO SOPORTE FÍSICO DE SU TRANSACCIÓN. CONSERVELO PARA CUALQUIER VERIFICACIÓN.

CERTIFICACION DEPENDIENTES

POPAYAN, 12 de julio 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 empleado contribuyente y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el parágrafo cuarto del artículo segundo del Decreto 0099 de 2013, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

T.I.	1058935327	VALENTINA PIEDRAHITA GITIERREZ	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: Eduard Ivan Piedrahita Velasco

C.C. 10296166

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.058.935.327**
PIEDRAHITA GUTIERREZ

APELLIDOS

VALENTINA

NOMBRES

vaLENTina

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **04-DIC-2010**

POPAYAN
(CAUCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

04-DIC-2028

FECHA DE VENCIMIENTO

26-DIC-2017 POPAYAN

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

O+

G S RH

F

SEXO

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
ASIN DATE LOS DATOS VALIDA

