

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL RISARALDA		Código Regional	66
			Código Centro	922310
			Fecha Elaboración	1 de Agosto de 2023
			Versión	ENERO 2023 - 1,23
CENTRO DE DISEÑO E INNOVACION TECNOLOGICA INDUSTRIAL-RISARALDA			ID de Proceso	14819-063710

DATOS DEL CONTRATISTA					
Nombres y apellidos contratista:	CARLOS ANDRES LOZANO MILLAN calozano@sena.edu.co	C.C.	16.551.423	IP/N° de contacto	3125943226
Correo electrónico contratista:					
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	N° Cuenta	91239366665
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:	5226091/2023	N° Compromiso SIIF	274123	
Valor Total del Contrato	\$ 19.538.266	N ° Pago	1	
Saldo Anterior del Contrato	\$ 19.538.266	Periodo objeto de pago	Del	Al
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 17.833.586	Legalización comisiones del periodo	31/07/2023	\$ 0,00
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)				
INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS COMO INSTRUCTOR EN PROGRAMAS DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL EN NIVEL Y MODALIDAD QUE LE SEA ASIGNADA, AREA DE ARTESANIAS, EN EL CENTRO DE DISEÑO E INNOVACIÓN TECNOLÓGICA INDUSTRIAL REGIONAL RDA VIGENCIA 2023				

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios	\$ 1.704.680	Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°	0,00%	
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0	
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 1.704.680	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 1.025.985	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	Julio	Junio	Base retención en la fuente a título de RENTA	1.025.985,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.160.000	AFILIACION	Base retención en la fuente a título de ICA	1.374.080,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 145.000		Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 185.600		IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -		Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL	\$ 6.100		Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ 8.835.833		Reteica - 8560	4.122,00	0,300%
\$ 426.170	\$ -			0,00	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC	\$ 13.430.466			0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias	\$ 13.430.466			0,00	
Intereses Prestamo de Vivienda	\$ 4.241.200		Otras Retenciones	0,00	0,000%
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	\$ 1.357.184		Descuentos de Libranza	0,00	
Salud hasta	\$ 678.592		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Renta Exenta 25%	\$ 2.792.123				
Retención en la Fuente Contingente	\$ -		VALOR A PAGAR	\$1.700.558,00	

SON: UN MILLÓN SETECIENTOS MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y OCHO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO	
ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL MES DE JULIO EN EL MUNICIPIO DE DOSQUEBRADAS CDURANTE EL MES OBJETO COBRO, REALICE DESARROLLO CURRICULAR, PLANEACIÓN E INDUCCION DE LOS PROCESOS DE LA FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL. RECOLECCION DE DOCUMENTOS PARA LA FORMACION COMPLEMENTARIA. ME REUNI CON EL SUPERVISOR PARA LA INDUCCION DE TEMAS ADMINISTRATIVOS Y PRESUPUESTALES. VERIFICACION EN LA PLATAFORMA DE SOFIS PLUS DE LOS DOCUMENTOS RECIBIDOS PARA LA FORMACION COMPLEMENTARIA.	

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.	CARLOS ANDRES LOZANO MILLAN 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, JAVIER ECHEVERRI MOLINA INSTRUCTOR G20

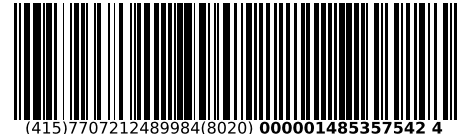
Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:

EL ORDENADOR DEL PAGO
SANDRA YULIETH GARCIA GONZALEZ
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario

14853575424



(415)7707212489984(8020) 000001485357542 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 6 5 5 1 4 2 3

6. DV

4

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Tuluá

14. Buzón electrónico

2 1

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

1 6 5 5 1 4 2 3

27. Fecha expedición

1 9 9 5, 0 5, 3 0

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Valle del Cauca

7 6

30. Ciudad/Municipio

Roldanillo

6 2 2

31. Primer apellido

LOZANO

32. Segundo apellido

MILLAN

33. Primer nombre

CARLOS

34. Otros nombres

ANDRES

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Valle del Cauca

7 6

40. Ciudad/Municipio

Cartago

1 4 7

41. Dirección principal

MZ 7 CA CASA 2 BRR CHIMINANGOS

42. Correo electrónico

andreslomi76@misena.edu.co

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 1 2 5 9 4 3 2 2 6

45. Teléfono 2

3 2 1 7 8 1 2 3 0 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

8 5 5 9

47. Fecha inicio actividad

2 0 1 2, 0 4, 2 5

Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

Otras actividades

50. Código

1 2

Ocupación

51. Código

9 2 2 1

52. Número establecimientos

0

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 - 08 - 23 / 19 : 38: 20

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:

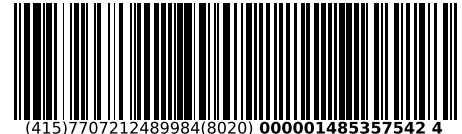
984. Nombre LOZANO MILLAN CARLOS ANDRES

985. Cargo CONTRIBUYENTE

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario

14853575424



(415)7707212489984(8020) 000001485357542 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico

1 6 5 5 1 4 2 3

4

Impuestos y Aduanas de Tuluá

2 1

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
162. Nombre del establecimiento	
163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
165. Dirección	
166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
168. Teléfono	169. Fecha de cierre
	2 0 0 4 1 2 1 5

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
162. Nombre del establecimiento	
163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
165. Dirección	
166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
168. Teléfono	169. Fecha de cierre

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
162. Nombre del establecimiento:	
163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
165. Dirección	
166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
168. Teléfono	169. Fecha de cierre

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



No. de Radicación

Fecha de Radicación

D D M M A A A A



174450098

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite A. Afiliación ☒ B. Reporte de Novedades		2. Tipo de Afiliación A. Individual: Cotizante o Cabeza de Familia ☒ Beneficiario o Afiliado adicional B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De Oficio ☐		3. Régimen A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐
4. Tipo de Afiliado A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐			5. Tipo de Cotizante A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐	
			Código (a registrar por la EPS) 03	

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres Primer Apellido: Lozano Segundo Apellido: Milan Primer Nombre: Carlos Segundo Nombre: Andres			
7. Tipo de documento de identidad CN TI CE CD RC CC PA SC		8. Número del documento de identidad 16551423	9. Sexo Femenino ☐ Masculino ☒
		10. Fecha de nacimiento 20081976	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales			
11. Etnia	12. Discapacidad Tipo F N M Condición T P	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL		16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC 1.400.000
18. Residencia Dirección: Cll 95 # 17-55 Conjunto El camping. 17			
Teléfono Celular 3125943226		Correo Electrónico AndresLom76@hotmail.com	
Municipio / Distrito Venia		Zona Urbana ☒ Rural ☐	Localidad / Comuna Conjunto El camping
		Departamento Pisarcata	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente cotizante			
19. Apellidos y nombres Primer Apellido: Segundo Apellido: Primer Nombre: Segundo Nombre:			
20. Tipo de documento de identidad CN TI CE CD RC CC PA SC		21. Número del documento de identidad	22. Sexo Femenino ☐ Masculino ☐
		23. Fecha de nacimiento D D M M A A A A	

V. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS Y DE LOS AFILIADOS ADICIONALES

24. Apellidos y nombres Primer Apellido: Segundo Apellido: Primer Nombre: Segundo Nombre:			
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Datos Complementarios	
25. Tipo de documento de identidad B1 B2 B3 B4 B5	26. Número del documento de identidad B1 B2 B3 B4 B5
27. Sexo Femenino Masculino	28. Fecha de nacimiento D D M M A A A A
29. Parentesco	

30. Etnia	31. Discapacidad Tipo Condición	32. Datos de Residencia Municipio/Distrito Zona Departamento Teléfono Fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS)
B1	F N M T P	Urbana Rural	
B2	F N M T P	Urbana Rural	
B3	F N M T P	Urbana Rural	
B4	F N M T P	Urbana Rural	
B5	F N M T P	Urbana Rural	

Selección de la IPS Primaria	
34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS C B B B	Código de la IPS (a registrar por la EPS) 7770-130303

CE-006 - 0000000100 – 2023

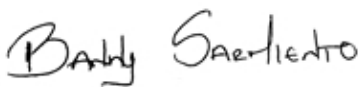
CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 16551423
NOMBRES Y APELLIDOS	Lozano Millan, Carlos Andres
TIPO DE AFILIADO	Segundo Cotizante
TIPO DE TRABAJADOR	N/A
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/02/2022
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Lozano Millan, Carlos Andres, a los 28 días del mes de julio del año 2023.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.



Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **LOZANO MILLAN CARLOS ANDRES** identificado(a) con **CC** número **16.551.423** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 02 de abril de 2006 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 27 de junio de 2023.

Cordialmente,


Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:

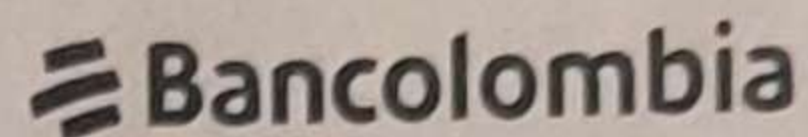
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**

Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**

www.proteccion.com

2023062714561

Certificación Bancaria



Pereira, 29 de Junio de 2023.

Señor

A quien pueda Interesar

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que CARLOS ANDRES LOZANO MILLAN identificado(a) con CC No. 16551423 a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Nombre Producto	Número Producto	Fecha Apertura (aaaa/mm/dd)	Estado
CUENTA AHORROS PLAN PREMIUM	91239366665	2022/07/14	A ACTIVA

BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario

BANCOLOMBIA S.A.

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

VIGILADO

* **Importante:** Esta constancia solo hace referencia al producto mencionado anteriormente.

* Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (575) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.



Hace constar:

Que el Sr(a) CARLOS ANDRES LOZANO MILLAN Identificado(a) con cédula de ciudadanía 16551423 realizó el día 28/07/2023 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

La presente constancia tiene validez para aplicación y uso al interior de la entidad, con el fin de dar cumplimiento al Decreto 1072 de 2015, Libro 2, Parte 2, Título 4, Capítulo 6, Artículo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo CARLOS ANDRES LOZANO MILLAN Identificado(a) con cédula de ciudadanía 16551423 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

1. Procurar el cuidado integral de mi salud.
2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumiré su costo.
3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.
4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.
5. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.
6. Informar oportunamente a los contratantes toda novedad derivada de mi contrato.

Firma

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General -



SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública
DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) CARLOS ANDRES LOZANO MILLAN Identificado(a) con cédula de ciudadanía 16551423 el día 28/07/2023 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el SENA.

La presente constancia tiene validez al interior de la entidad, en la generación de una cultura institucional incluyente, como acción afirmativa para promover acciones integrales y accesibles para las Personas con Discapacidad, de acuerdo con lo contenido en la Resolución 1726 de 2014, mediante la cual el SENA adopta su Política Institucional para la atención de personas con discapacidad.

Dirección de Empleo y Trabajo - Secretaría General - SENA

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas