

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 94476508		POSADA JUAN CARLOS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 13A No 4BIS SUR -10	GUADALAJARA DE BUGA-VALLE	2388116	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	187147101	9501665438	I	2026/04/07	2026/04/01	BANCOLOMBIA	0	\$555,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																																										
EMPLEADO			NOVEDADES													PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				Total Aportes						
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes		
1	CC 94476508	POSADA JUAN																		230201	30	\$1,880,000	\$300,800	EPS018	30	\$1,880,000	\$235,000		0	50	50	14-23	30	\$1,880,000	\$19,700	0	50	50	No	\$555,500		
Total	Afiliados(1)																					\$1,880,000	\$300,800			\$1,880,000	\$235,000			50	50			\$1,880,000	\$19,700			50	50			\$555,500

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 94476508		POSADA JUAN CARLOS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 13A No 4BIS SUR -10	GUADALAJARA DE BUGA-VALLE	2388116	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION										
Periodo		Clave	Tipo	Fecha			Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor	
2026-03	2026-03	187147101	9501665438	I	2026/04/07	2026/04/01	BANCOLOMBIA		0	\$555,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$300,800	\$0	\$0	\$300,800
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$300,800	\$0	\$0	\$300,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$19,700	\$0	\$0	\$19,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$19,700	\$0	\$0	\$19,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$235,000	\$0	\$0	\$235,000
S.O.S. SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.	EPS018	805,001,157	2	1	\$235,000	\$0	\$0	\$235,000
TOTAL				1	\$555,500	\$0	\$0	\$555,500



Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :

e6f8cfba0c27be1f55b3749f58fa716f6adaf7c7122a091ad62a9954ffef2e6580fe90b8fe3949f65692de637fa7b9de

Número de Factura: POFE-78

Forma de pago: Contado

Fecha de Emisión: 13/04/2026

Medio de Pago: Instrumento no definido

Fecha de Vencimiento: 30/04/2026

Orden de pedido:

Tipo de Operación: 10 - Estándar

Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: POSADA JUAN CARLOS

Nombre Comercial: POSADA JUAN CARLOS

Nit del Emisor: 94476508

País: Colombia

Tipo de Contribuyente: Persona Natural

Departamento: Valle del Cauca

Régimen Fiscal: R-99-PN

Municipio / Ciudad: Guadalajara De Buga

Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

Dirección: CL 1 20 36

Actividad Económica: 6209

Teléfono / Móvil: 3183000598

Correo: juanc.posada@outlook.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

Tipo de Documento: NIT

País: Colombia

Número Documento: 899999034

Departamento: Valle del Cauca

Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica

Municipio / Ciudad: Guadalajara De Buga

Régimen fiscal: O-13

Dirección: Carretera principal Buga - Tuluá, Buga, Colombia

Responsabilidad tributaria: 01 - IVA

Teléfono / Móvil: 6022376300

Correo: liliana.urriago@sena.edu.co

Detalles de Productos

Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS				Precio unitario de venta
								IVA	%	INC	%	
1	FPI0006	Formación Profesional integral a través de acciones regulares en las modalidades presencial 2026 P2 a P8	NIU	1,00	\$ 4.737.500,00	\$ 0,00	\$ 0,00					\$ 4.737.500,00

Notas Finales

Línea de negocio:

Datos Totales



Documento generado el:
 13/04/2026 15:01:49
Documento validado por la DIAN:
 13/04/2026 15:01:50
XML Generado por: Solución Gratuita DIAN
 800197268
PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0

Subtotal	4737500
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	4737500
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0
Total impuesto (=)	0
Total neto factura (=)	4737500
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=)	COP \$ \$ 4737500

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal	4.737.500,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	4.737.500,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	0,00
Total neto factura (=)	4.737.500,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=)	COP \$ \$ 4.737.500,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764107081519 Rango desde: 75 Rango hasta: 2000 Vigencia: 2026-09-11



FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Guadalajara de Buga, 12 de febrero de 2026

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:

NUIP - NIP	1190964497	LEONELA POSADA RAMIREZ	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: JUAN CARLOS POSADA
C.C. 94476508 de BUGA



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

NUIP 1190964497

**REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO**

Indicativo Serial **60617115**



Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registrador <input checked="" type="checkbox"/>	Notaria <input type="checkbox"/>	Número <input type="checkbox"/>	Consulado <input type="checkbox"/>	Corregimiento <input type="checkbox"/>	Inspección de <input type="checkbox"/>	Código	E	H	X
---	----------------------------------	---------------------------------	------------------------------------	--	--	--------	---	---	---

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA - VALLE DEL CAUCA - BUGA BUGA, HOSP. SAN JOSE *****

Datos del Inscrito

Primer Apellido POSADA *****	Segundo Apellido RAMIREZ *****
Nombre(s) LEONELA *****	
Fecha de nacimiento Año: 2 0 2 2 Mes: M A R Día: 2 2	Sexo (en letras) FEMENINO
Grupo sanguíneo O	Factor RH POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA - VALLE DEL CAUCA - BUGA *****

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO *****	Número certificado de nacido vivo 169610479 *****
--	--

Datos de madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)
Apellidos y nombres completos
RAMIREZ HERRERA DIANA LORENA *****

Documento de identificación (Clase y número) CC No. 31655520 *****	Nacionalidad COLOMBIA *****
---	--------------------------------

Datos de padre o madre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)
Apellidos y nombres completos
POSADA JUAN CARLOS *****

Documento de identificación (Clase y número) CC No. 94476508 *****	Nacionalidad COLOMBIA *****
---	--------------------------------

Datos del declarante
Apellidos y nombres completos
POSADA JUAN CARLOS *****

Documento de identificación (Clase y número) CC No. 94476508 *****	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: 2 0 2 2 Mes: M A R Día: 2 3	Nombre y firma del funcionario que autoriza LUZ DARY MUÑOZ PEÑA Nombre y firma
--	--

Reconocimiento paterno Firma	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento LUZ DARY MUÑOZ PEÑA Nombre y firma
-------------------------------------	--

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS:FOLIO 148;23/03/2022