SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL VALLE
CENTRO DE TECNOLOGIAS AGROINDUSTRIALES-VALLE

Código Regional	**76**
Código Centro	**954310**
Fecha Elaboración	**Noviembre de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**69466-361139**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: FREDDY ANTONIO HORTA RODRIGUEZ
Correo electrónico contratista: fahorta@sena.edu.co
C.C. 16.368.931 **IP/Nº de contacto** 3176606551

Régimen del IVA: NO RESPONSABLE **Pertenece al régimen simple de tributación?** NO **Es declarante de renta?** SI **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** 76251081707

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: 5375851/2023 **Nº Compromiso SIIF** **204723**

Valor Total del Contrato	$ 12.368.265	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 6.116.175	**3**	**Del**	**01/11/2023**	**Al**	**30/11/2023**	**$ 4.077.450,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 2.038.725		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: CO1.PCCNTR.5375851 PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL DE ACUERDO A LA RED DE CONOCIMIENTO Y ÁREA TEMÁTICA, EN LOS NIVELES DE FORMACIÓN TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA, EN LAS MODALIDADES PRESENCIA

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.077.450		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	**$ 4.077.450**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.397.154**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Noviembre	Octubre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**1057814662**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.630.980	$ 1.630.980
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 203.900	$ 203.900
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 261.000	$ 261.000
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 8.600	$ 8.600
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 / $ 1.019.362	$ -	
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	$ 407.745	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 799.051	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.397.154,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.612.550,00	
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 - 8523	7.225,00	0,200%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Pro-UCEVA	20.387,00	0,500%
Universidad del Pacífico	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	**$4.049.838,00**	

SON: CUATRO MILLONES CUARENTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y OCHO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

se impartió formación en los programas relacionados a continuación - gestión del mejoramiento continuo 2881678 auditoria interna de calidad 2880550,2880551 y 2880552
GTH-F-062-V10 FORMATOINFORMEMENSUALDEEJECUCIONCONTRACTUAL noviembre
seguridad social octubre N° de planilla 1057814662

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.

FREDDY ANTONIO HORTA RODRIGUEZ
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,

TITO FERNEL BERMUDEZ BOTELLO
COORDINADOR ACADÉMICO

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

MARIA MARGARITA GIRALDO ATEHORTUA

SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

PAGOSIMPLE | Prefactura

Simple

Fecha creación reporte: 2023-11-10, 03:52:40 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Periodo Cotización: octubre de 2023 **Periodo Servicio:** octubre de 2023 **Referencia pago (PIN):** 8862635360

Fecha límite de pago: 2023-11-09

GUARDADA 28/09/2023

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	FREDDY ANTONIO HORTA RODRIGUEZ				
Documento	CC16368931	**Dirección**	CL 15A #25 - 07 ESQUINA		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3176606551		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	TULUA	**Departamento**	VALLE DEL CAUCA		
Representante Legal		**Identificación**			

IMPORTANTE: SEÑOR APORTANTE, POR FAVOR VERIFIQUE LA LIQUIDACIÓN ANTES DE REALIZAR EL PAGO, Simple S.A., da por entendido que, de realizar el pago con esta planilla, usted está de acuerdo con la información consignada, en consecuencia, la atención de cualquier inconsistencia con las administradoras es su responsabilidad. Recuerde realizar el pago de sus aportes al Sistema General de Seguridad Social dentro de las fechas establecidas y evite posibles inconvenientes en la prestación de los servicios con sus administradoras. Por favor tenga en cuenta que los pagos realizados después de las 3.00 p.m., se harán efectivos el siguiente día hábil.

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APTP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Administradora	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Mineducación	Total
CC 16368931	HORTA RODRIGUEZ FREDDY ANTONIO	59	00																0	30	30	30	0	PORVENIR	$ 1.632.000	$ 261.200	EPS SANITAS	$ 1.632.000	$ 204.000	POSITIVA DE SEGUROS	$ 1.632.000	$ 8.600	NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 474.800

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes FSP	Aportes FSS	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE	TOTAL INTERESES	TOTAL FINAL
$ 1.632.000	$ 1.632.000	$ 1.632.000	$ 0	$ 261.200	$ 0	$ 0	$ 204.000	$ 8.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 473.800	$ 700	$ 474.500

IV. INFORMACION

Día hábil de pago sin mora
6

Periodo cotización salud											
Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Centro de Servicios Cafam - Supermercados Cols

8888626353600000000991231

MEDIOS DE PAGO PRESENCIALES Corresponsales: Punto de
Colsubsidio - Comfandi / App: MOVii – ClaroP

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 554

Antes de imprimir, ase

C O M F A N D I
NIT 890.303.208-5

Ahora eres parte de Megapuntos Comfandi. Te invitamos actualizar tus datos y estar informado de todas las novedades del programa en www.comfandi.com.co/megapuntos

999919 recaudo sim-20231		476.300 H
VALOR	:	476.300
FECHA DOC.	:	20231110
NIT	: 1057814662	
PIN	: 8862635360	
PLANILLA	: 1057814662	
PERIODO	: 202310	
==>> SUBTOTAL/TOTAL	:$	476.300
Efectivo		**480.000**
CAMBIO		3.700

11/10/23 16:13 0837 03 0015 53276

- Corresponsables AKI - Supermercados Comfandi - Almacenes Grupo Éxito

7709998485884(8020)8862635360(3900)0000000(96)20991231

s: Cafam Suba / Supermercados: Tiendas Cencosud (Jumbo, Metro y Spid) -
os de pago en: https://pagosimple.com/puntos-de-recaudo/

6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del

está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Cartago, 19 de NOVIEMBRE de 2023

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Ciudad Cartago

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.	**1.116.073.541**	**David Horta Hernández**	**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 dela 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: Freddy Antonio Horta Rodríguez

C.C. 16.368.931 de Tuluá

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

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1.116.073.541

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 41635187

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 03 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código W 4 B

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección de Policía

COLOMBIA VALLE TULUA

Datos del inscrito

Primer Apellido: HORTA

Segundo Apellido: HERNANDEZ

Nombre(s): DAVID

Fecha de nacimiento: Año 2008 Mes 09 Día 13

Sexo (en letras): MASCULINO

Grupo Sanguíneo: A

Factor RH: POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección)

COLOMBIA VALLE TULUA CLINICA SAN FRANCISCO

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos: CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo: 50344460 - 6

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: HERNANDEZ RAMIREZ LINA MARIA

Documento de identificación (Clase y número): CC # 66.726.252 TULUA (V)

Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: HORTA RODRIGUEZ FREDDY ANTONIO

Documento de identificación (Clase y número): CC # 16.368.931 TULUA (V)

Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: HORTA RODRIGUEZ FREDDY ANTONIO

Documento de identificación (Clase y número): CC # 16.368.931 TULUA (V)

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 2008 Mes 09 Día 22

Nombre y firma del funcionario que autoriza

Camilo Bustamante Alvarez
Notario Tercero
Nombre y firma

NOTARIA 3a TULUA

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Nombre y Firma

NOTARIA 3a. TULUA

ESPACIO PARA NOTAS

ENMENDADO " HORTA " SI VALE.

— ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO —

© RESA S.A. NIT. 890.321.151-0