SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL VALLE
DESPACHO REGIONAL-EMPRENDIMIENTO

Código Regional	**76**
Código Centro	**101076**
Fecha Elaboración	**Diciembre de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**96417-002496**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: HARBY STEBAN ARCE CORDOBA
Correo electrónico contratista: harce@sena.edu.co
C.C. 1.114.452.117 **IP/Nº de contacto** 3122420961

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

Banco al cual consignar: BANCO BBVA **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** 206276362

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: 4644524/2023 **Nº Compromiso SIIF** 25523

Valor Total del Contrato	$ 47.197.040	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 4.523.678	**11**	**Del**	**01/12/2023**	**Al**	**31/12/2023**	**$ 4.523.678,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 0		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)

SERVICIOS PERSONALES: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA ORIENTACIÓN DE USUARIOS DE LOS CENTROS DE DESARROLLO EMPRESARIAL, DE ACUERDO CON LOS LINEAMIENTOS Y PROCESO DE EMPRENDIMIENTO Y EMPRESARISMO DEL SENA, CON ÉNFASIS AL DESARROLLO DE INICIATI

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.523.678		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	4,63%
			Retencion en la Fuente del Periodo	$ 246.430
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 4.523.678			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 9.047.356**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 5.326.140**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 246.430**

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

	Diciembre	Noviembre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**9459216759**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.809.471	$ 1.809.471
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 226.200	$ 226.200
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 289.600	$ 289.600
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 9.500	$ 9.500
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 2.261.839	$ -	
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	$ 289.600	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 226.200	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 9.500	
Dependientes hasta $ 1.357.184	$ 904.736	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 1.775.380	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	5.326.140,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.523.678,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	246.430,00	4,63%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 7020	23.523,00	0,520%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Pro-UCEVA	22.618,00	0,500%
Otras Retenciones	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	**$4.231.107,00**	

SON: CUATRO MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y UN MIL CIENTO SIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se adjunta formato GTH-F-062-V10 formato informe de mensual de la ejecución contractual
Se adjunta planilla de pago de seguridad social del mes de noviembre de 2023 # 9459216759
Se realizaron visitas de seguimiento técnico a empresas puesta en marcha fondo emprender
Se Realizó informe mensual de gestión del presente periodo y diligenciamiento de formatos y evidencias establecidas por la entidad
Se actualizaron las plataformas digitales con la gestión realizada durante el periodo
Se realizó reunión de equipo CAB planeación según los lineamientos coordinación nacional de emprendimiento
Se realizo asesoría y formulación de planes de negocio para convocatorias fondo emprender

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.

HARBY STEBAN ARCE CORDOBA
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,

MAURICIO GOMEZ FAJARDO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

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

FERNANDO JOSE MURIEL ANDRADE

DIRECTOR REGIONAL

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1114452117		ARCE CORDOBA HARBY STEBAN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 6 # 6 66	GUACARI-VALLE	3122411961	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-11	2023-11	42507366	9459216759	I	2023/12/06	2023/12/11	BANCO DE OCCIDENTE	5	$528,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	1114452117	ARCE HARBY																		230201	30	$1,809,471	$289,600	EPS018	30	$1,809,471	$226,200		0	$0	$0	14-23	30	$1,809,471	$9,500	0	$0	$0	No	$525,300
Total	**Afiliados(1)**																						$1,809,471	$289,600			$1,809,471	$226,200			$0	$0			$1,809,471	$9,500		$0	$0		$525,300

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1114452117		ARCE CORDOBA HARBY STEBAN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 6 # 6 66	GUACARI-VALLE	3122411961	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-11	2023-11	42507366	9459216759	I	2023/12/06	2023/12/11	BANCO DE OCCIDENTE	5	$528,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$289,600	$1,500	$0	$291,100
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$289,600	$1,500	$0	$291,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,500	$100	$0	$9,600
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$9,500	$100	$0	$9,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$226,200	$1,100	$0	$227,300
S.O.S. SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.	EPS018	805,001,157	2	1	$226,200	$1,100	$0	$227,300
TOTAL				**1**	**$525,300**	**$2,700**	**$0**	**$528,000**

Guadalajara de Buga, diciembre de 2023

Señores
Grupo de Apoyo Administrativo Mixto o Gestión de Talento Humano Regional Valle del Cauca
Servicio Nacional de Aprendizaje SENA
Santiago de Cali

Asunto: Solicitud deducible retención en fuente por dependientes

Estimados señores:

Con la presente solicito que de acuerdo con el Articulo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el Artículo 2º. Párrafo 3ro. del Decreto 099 del 2013, se tenga en cuenta como deducible de mis ingresos brutos provenientes de la relación laboral por el concepto de dependientes, los cuales relaciono a continuación:

Apellidos y Nombre	**Documento Identidad**	**Calidad del Dependiente** **1. Hijos menores 18 años.** **2. Hijos estudiantes entre 18 y 23 años.** **3. Hijos mayores a 18 años con dependencia por factores físicos o psicológicos.** **4. Cónyuge con ingresos inferiores a 260 UVT o dependencia por factores físicos o psicológicos.** **5. Padres o hermanos con ingresos inferiores a 260 UVT o dependencia por factores físicos o psicológicos.**
Arca Zapata Luciana	**1113282454**	**1. Hijos menores 18 años.**

Certifico bajo la gravedad de juramento la información consignada en esta solicitud y me comprometo a enviar solicitud de revocación de aplicación del deducible por dependientes en el caso en que cesen las condiciones que dan origen a esta solicitud.

Cordialmente,



HARBY STEBAN ARCE CORDOBA
C.C 1.114.452.117 DE GUACARI

Anexo: Relación de documentos que anexa el trabajador.

- Registro civil de nacimiento X

- Certificado de estudios. _____
- Certificado contador público. _____
- Certificado medicina legal. _____

DILIGENCIA DE AUTENTICACION

La Notaria Unica de Guacari - Valle Certifica Que la presente fotocopia coincide exactamente con la original que reposa en esta Notaria

LA NOTARIA 11 SEP 2013

SE EXPIDE PARA TRAMITES LEGALES.

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1113282454

Indicativo Serial 34864703

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
	X					V 5 Q

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía: COLOMBIA VALLE DEL CAUCA GUACARI .-

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ARCE .-	ZAPATA .-

Nombre(s): LUCIANA .-

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2013 Mes AGOSTO Día 26	FEMENINO .-	B	POSITIVO.-

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

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO .-	12204123 - 9 .-

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: ZAPATA PEREZ DIANA CAROLINA .-

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 1.114.455.937 DE GUACARI - VALLE .-	COLOMBIANA .-

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: ARCE CORDOBA HARBY STEBAN .-

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 1.114.452. 117 DE GUACARI - VALLE .-	COLOMBIANO .-

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: ARCE CORDOBA HARBY STEBAN .-

Documento de identificación (Clase y numero)	Firma
C.C. 1.114.452.117 DE GUACARI - VALLE .-	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos: X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X

Documento de identificación (Clase y numero)	Firma
X X X X X X X X X X X X X X	X X X X X X

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos: X X X X X X X X X X X X X X X X X X X X

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
X X X X X X X X X X X X X X	X X X X X X

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2013 Mes SEPTIEMBRE Día 11	DRA. PATRICIA CARLINA SANCLEMENTE GIRON Notaria Unica Guacari

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	DRA. PATRICIA CARLINA SANCLEMENTE GIRON Notaria Unica Guacari

ESPACIO PARA NOTAS

INSCRITO DE CONFORMIDAD CON LA LEY 1395 ART. 118 DE 2010.
LA NOTARIA.
DRA. PATRICIA CARLINA SANCLEMENTE GIRON
Notaria Unica Guacari

REPUBLICA DE COLOMBIA - Patricia C. Sanclemente G. - Notaria Unica Guacari - NOTARIA UNICA GUACARI - VALLE - DPTO. DEL VALLE DEL CAUCA

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

34864703

Scanned by CamScanner