SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL QUINDÍO
CENTRO DE COMERCIO Y TURISMO - QUINDIO - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION

Código Regional	**63**
Código Centro	**953810**
Fecha Elaboración	**Diciembre de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**00103-989792**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	CARLOS ALBERTO GUERRERO VANEGAS	**C.C.**	18.401.434	**IP/Nº de contacto**	62721
Correo electrónico contratista:	cguerrerov@sena.edu.co				

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

Banco al cual consignar: SCOTIABANK COLPATRIA **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** 3412018227

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:	4464747/2023			**Nº Compromiso SIIF**	**3923**
Valor Total del Contrato	$ 42.981.900	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**		**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 2.008.500	**12**	**Del** 01/12/2023 **Al** 15/12/2023		**$ 2.008.500,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 0		Legalización comisiones del periodo	$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: ORIENTAR FORM. PROFESIONAL TITULADA/COMPLEMENTARIA PRESENCIAL/VIRTUAL_NIS_2023-02-014487

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.008.500	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	$ 4.017.000			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 6.025.500**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 3.471.113**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**		**$ 0**

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

	Diciembre	Noviembre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**4526204623**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.160.000	$ 1.606.800
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 145.000	$ 200.900
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 185.600	$ 257.100
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 6.100	$ 8.400
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 / $ 1.506.375	$ -	
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	$ 257.200	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 200.900	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 8.400	
Dependientes hasta $ 1.357.184	$ 602.550	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 1.157.038	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	3.471.113,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	0,00	
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 - 8299	0,00	0,000%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
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	**$2.008.500,00**	

SON: DOS MILLONES OCHO MIL QUINIENTOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Participé en la planeación de los procesos formativos de acuerdo con los lineamientos institucionales en el área correspondiente
Reporte en Sofía plus las inasistencias de los aprendices con su respectivo tiempo.
Realice la evaluación de los resultados de aprendizaje según los plazos acordados con la ficha.
Ejecute las actividades de formación de acuerdo con la necesidad de la formación.
Participé en reunión con la coordinadora para fortalecer los procesos de aprendizaje
Realice la evaluación de los resultados de aprendizaje según los plazos acordados con la ficha.
Permanecí identificado con el carnet dentro de las instalaciones del centro de comercio y turismo.
Presente el informe mensual de ejecución según solicitud del centro de formación.

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 ALBERTO GUERRERO VANEGAS
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,

CARMEN EUGENIA MARULANDA RIOS
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

CESAR AUGUSTO OSPINA PUERTAS

SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

SENA - CFP-639538
RADICACIÓN RECIBIDA
No: 63-1-2023-004484
05/12/2023 17:37:20
Destinatario: 639538

Armenia, 01 de diciembre de 2023

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Armenia Quindío

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.	**1095180753**	**EMILIANO GUERRERO CASTRO**	**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: CARLOS ALBERTO GUERRERO VANEGAS_____
C.C. _18.401.434_____

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1.095.180.753

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 51152392

51152392

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
	X	0 1				Q 1 A

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

COLOMBIA — QUINDÍO — CALARCÁ

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
GUERRERO xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx	CASTRO xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Nombre(s): EMILIANO xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2011 Mes NOV Día 25	MASCULINO	A	NEGATIVO

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

COLOMBIA — QUINDIO — ARMENIA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	11002061-8

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: CASTRO — MARIN — CAROLINA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. Nº 24.587.734 DE CALARCÁ (Q)	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: GUERRERO — VANEGAS — CARLOS ALBERTO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. Nº 18.401.434 DE CALARCÁ (Q)	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: GUERRERO — VANEGAS — CARLOS ALBERTO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. Nº 18.401.434 DE CALARCÁ (Q)	Carlos Guerrero 18 401 434

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos: xxxxxxxxxxxxxxxxxx — xxxxxxxxxxxxxxxxxxx — xxxxxxxxxxxxxxxx

Documento de identificación (Clase y número)		Firma
xxxxxxxxxxxxxxxxxx	xxxxxxxxxxxxxxxxxxx	xxxxxxxxxxxxxxxx

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos: xxxxxxxxxxxxxxxxxx — xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx — xxxxxxxxxxxxxxxx

Documento de identificación (Clase y número)		Firma
xxxxxxxxxxxxxxxxxx	xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx	xxxxxxxxxxxxxxxx

NOTARÍA PRIMERA CÍRCULO DE CALARCÁ QUINDÍO

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2011 Mes DIC Día 09	LUIS FERNANDO MARTINEZ OCAMPO -Notario-

Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

IMPRESO POR THOMAS GREG & SONS DE COLOMBIA S.A. NIT 860.005.080-2 TEL. 381 0240

	Versión: 05
	Código: GTH- F- 074

Proceso Gestión de Talento Humano

Formato Entrega de Bienes e Información de Ejecución Contractual por el Contratista

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA: CARLOS ALBERTO GUERRERO VANEGAS						**IDENTIFICACIÓN**
CIUDAD	Armenia	**FECHA**	**05 de diciembre 2023**	**REGIONAL**	**Quindío**	**18,401,434**
DIRECCIÓN U OFICINA DONDE SE EJECUTÓ EL CONTRATO:			**Centro de Comenrcio y Turismo**			
NÚMERO Y FECHA DE CONTRATO:			**Contrato No. 4464747 del año 2023**			

CAUSAL DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO

LIQUIDACIÓN POR MUTUO ACUERDO	X	**CESIÓN**		**LIQUIDACIÓN ANTICIPADA POR MUTUO ACUERDO**		**TERMINACIÓN UNILATERAL**	

DEPENDENCIA SENA		**RESPONSABLES**	
		NOMBRES Y APELLIDOS	**FIRMA**
GESTIÓN DE TIC		**Mario Alexander Ruiz**	
ADMINISTRACIÓN DE DOCUMENTOS		**Carmen Eugenia Marulanda Ríos**	
ENTREGA CARNÉ (A Supervisor del Contrato en las Regionales y Centros de Formación) SECRETARÍA GENERAL		**Carmen Eugenia Marulanda Ríos**	
ALMACÉN E INVENTARIOS		**Generar reporte de https://miinventario.sena.edu.co/Inicio.aspx y anexar al formato, garantizando que no tiene elementos a su cargo.**	
SERVICIOS GENERALES, ADQUISICIONES (Administración de edificio; Contratación)	X	**Diana Marcela Marín**	
CONTABILIDAD			
TESORERIA	X	Paola Andrea Vanegas L.	
COORDINACIÓN DE: ÁREA/GRUPO/ ACADEMICA		M. Fernanda O.	M. Fernanda O.
BIBLIOTECA		**Carol Bibiana Gordillo**	Carol Bibiana Gordillo
OTRO			
OTRO		Cocina Pelamp.	
SUPERVISOR DE CONTRATO		**Carmen Eugenia Marulanda Ríos**	

ELEMENTOS FALTANTES U OBLIGACIONES PENDIENTES (Relacionar con su respectivo valor)

OTROS : _____

Firma del Contratista

SENA	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA PROCESO DE GESTIÓN DE INFRAESTRUCTURA Y LOGÍSTICA RELACION DE BIENES A CARGO DEL CUENTADANTE	Versión: 1.01 Fecha: 15.10.2020

De acuerdo con los registros del Sistema para la Administración y Control de Bienes SACB, el Sr(a) CARLOS ALBERTO GUERRERO VANEGAS identificado(a) con CC. 18401434 NO registra bienes a cargo.

Fecha de emisión del reporte: 13 de Diciembre de 2023 a las 10:50:51

El cuentadante responde administrativa y fiscalmente por los bienes aquí relacionados y rendirá cuentas de su utilización. Todo ello según lo dispuesto sobre este particular en la Constitución Política Nacional Art. 124 y en especial lo establecido en los numerales 21 y 22 del Art. 34 de la Ley 734 de 2002; Resolución 1378 de 2018 y en las obligaciones generales de los Contratos de Prestación de Servicios.

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	18401434
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			CARLOS ALBERTO GUERRERO VANEGAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	CALARCA	DEPARTAMENTO:	QUINDIO
DIRECCIÓN:	CL 48C N 27 35 LA PRADERA	TELÉFONO:	7434839
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**4526204623**		TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES noviembre	AÑO 2023		PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES noviembre AÑO 2023
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2023/12/07		NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9996936706

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 257.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 257.200	$ 0	$ 257.200
SUBTOTALES:										**$ 257.200**	**$ 0**	**$ 257.200**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 200.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 200.900	$ 0	$ 0	$ 200.900
SUBTOTALES:													**$ 200.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 200.900**

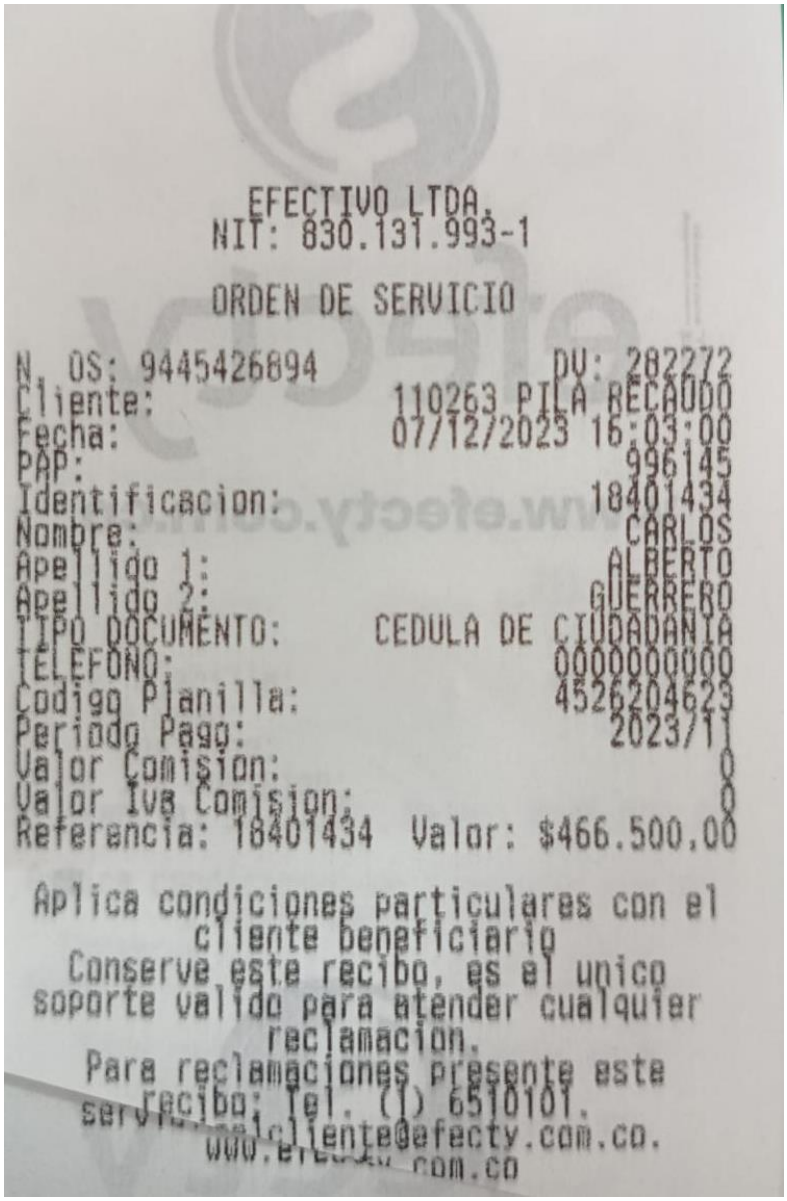
TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 8.400	$ 8.400	$ 0	$ 0	$ 8.400
SUBTOTALES:									**$ 8.400**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 8.400**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES						
																												PENSIÓN								SALUD						ARP														
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 18401434	GUERRERO VANEGAS CARLOS ALBERTO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.607.200				NO																		230301-PORVENIR	30	$ 1.607.200	$ 257.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 257.200	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 1.607.200	$ 200.900	$ 0	$ 200.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.607.200	18401434	$ 8.400		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 466.500**



EFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9445426894 DV: 282272
Cliente: 110263 PILA RECAUDO
Fecha: 07/12/2023 16:03:00
PAP: 996145
Identificacion: 18401434
Nombre: CARLOS
Apellido 1: ALBERTO
Apellido 2: GUERRERO
TIPO DOCUMENTO: CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO: 0000000000
Codigo Planilla: 4526204623
Periodo Pago: 2023/11
Valor Comision: 0
Valor Iva Comision: 0
Referencia: 18401434 Valor: $466.500,00

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Para reclamaciones presente este recibo; Tel. (1) 6510101.
servicioalcliente@efecty.com.co.
www.efecty.com.co