SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)

REGIONAL VALLE

DESPACHO REGIONAL-EMPRENDIMIENTO

Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1

Código Regional	**76**
Código Centro	**101076**
Fecha Elaboración	**Junio de 2026**
Versión	**ENERO - 1,26**
ID de Proceso	**88340-097899**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	HARBY STEBAN ARCE CORDOBA	**Banco a consignar:**	BANCO BBVA
Cédula de Ciudadanía	1.114.452.117	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	harce@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	206276362
IP/Nº de contacto:		**Presta Servicios Excluidos de IVA:**	NO
Inducción SST:	SI	**Pertenece al régimen simple de tributación:**	NO
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta por el año gravable 2025**	SI

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	NO
Sus ingresos en el 2025 fueron iguales o superiores a $69.718.600	NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2026 es igual o superior a $209.496.000 (debe registrarse como responsable del IVA)	NO
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?	NO
Concepto del pago corresponde a:	Ninguno
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.	0,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	8958751/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**13526**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	12

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	APOYOS ADM. Y GEST.: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA BRINDAR ACOMPAÑAMIENTO A LOS USUARIOS DE LOS CENTROS DE DESARROLLO EMPRESARIAL DEL SENA Y A LA GESTIÓN DE PROYECTOS ESPECIALES DE EMPRENDIMIENTO

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/06/2026**	**Al**	**30/06/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 35.224.000
Número de pago	**6**			**Valor Total del Contrato:**	$ 57.868.000
Valor Bruto Pago:			**$ 5.032.000,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 30.192.000

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 5.032.000	Retención en la fuente a practicar Artículo 383 rentas	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 5.032.000**		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 3.328.200**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Junio	Mayo
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**9504973066**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 2.012.800	$ 2.012.800
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 251.600	$ 251.600
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 322.100	$ 322.100
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL	II	$ 21.100	$ 21.100
		$	
		$	
		$	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -	
Dependientes hasta		$ -	
Salud hasta	$ 837.984	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 41.375.460	$ 1.109.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 5.357.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	3.328.200,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	5.032.000,00	
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 - 7020 - CALI	0,00	0,000%
Reteica - 7020 - BUGALAGRANDE	0,00	0,000%
Reteica - 7020 - GUADALAJARA D	26.166,00	0,520%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
Pro-UCEVA	25.160,00	0,000%
Universidad del Pacífico	0,00	0,500%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$4.980.674,00**	

SON: CUATRO MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA MIL SEISCIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se adjunta formato GCCON-F-087 formato informe de mensual de la ejecución contractual

Se adjunta planilla de pago seguridad social del mes de mayo de 2026 de aportes en línea número 9504973066

Se realizó seguimiento técnico y acompañamiento de empresas puesta en marcha FE

Se actualizaron las plataformas digitales para ingreso de la gestión realizada

Se realizó reunión de equipo CAB de planeación según los lineamientos coordinación nacional y regional de emprendimiento

Se realiza asesoría y vinculación a empresas al programa de fortalecimiento empresarial.

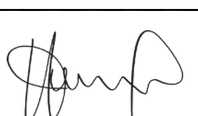
Se realizo charla de orientación a emprendedores del centro agropecuario de buga para que conozcan la oferta de servicios en materia d

Se realiza asesoría y formulación de planes de negocio para convocatorias FE.

Se participa en feria en conmemoración al día del campesino

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



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:

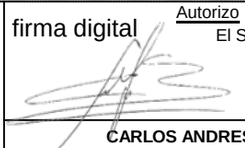
1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;

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.

firma digital

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,



CARLOS ANDRES MATALLANA BENITEZ
PROFESIONAL G02

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

17/06/26 10:42:27 USUARIO: SIC - C.C. 1114452117

aportes en línea

Resumen General de Pago

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	carrera 6 # 6 64	GUACARI-VALLE	3122420961	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-05	2026-05	03299254	9504973066	I	2026/06/04	2026/05/26	BANCO DE OCCIDENTE	0	$910,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$3,080,000	$492,800			$3,080,000	$385,000			$0	$0			$3,080,000	$32,200		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$3,080,000	$492,800			$3,080,000	$385,000			$0	$0			$3,080,000	$32,200		$0	$0
Ciudad: GUACARI Depto: VALLE (1 Afiliados)					$3,080,000	$492,800			$3,080,000	$385,000			$0	$0			$3,080,000	$32,200		$0	$0
1	CC	1114452117	ARCE HARBY	230201	30	$3,080,000	$492,800	EPS018	30	$3,080,000	$385,000		0	$0	$0	14-23	30	$3,080,000	$32,200	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$3,080,000	$492,800			$3,080,000	$385,000			$0	$0			$3,080,000	$32,200		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

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	carrera 6 # 6 64	GUACARI-VALLE	3122420961	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-05	2026-05	03299254	9504973066	I	2026/06/04	2026/05/26	BANCO DE OCCIDENTE	0	$910,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$492,800	$0	$0	$492,800
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$492,800	$0	$0	$492,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$32,200	$0	$0	$32,200
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$32,200	$0	$0	$32,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$385,000	$0	$0	$385,000
S.O.S. SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.	EPS018	805,001,157	2	1	$385,000	$0	$0	$385,000
TOTAL				1	$910,000	$0	$0	$910,000

PAGO DE FACTURAS

BANCO DE OCCIDENTE

NUMERO TRANSACCION: 15530966
FECHA: 25/05/2026 HORA: 15:31:13
VENDEDOR: CLACIVEL MARIN MONTOYA
GUACARI
NIT: 8001807064

CODIGO SEGURIDAD
{3636&6236>%

PLANILLA AS APORTES EN LINEA
REFERENCIA: 9504973066
NURA: 00001506
VALOR DEL PAGO: $910,000
FECHA APLICACION: 26/05/2026
FECHA DEL PAGO: 25/05/2026 HORA: 15:31:1
3
NRO AUTORIZACION: 299254
PUNTO DE RECAUDO: NULL

CORRESPONSAL BANCARIO PARA BANCO

DE OCCIDENTE. LA IMPRESI├ôN DE ESTE

TIQUETE IMPLICA SU ACEPTACI├ôN.

VERIFIQUE LA INFORMACI├ôN. ESTE ES EL

├ÜNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO.

REQUERIMIENTOS 018000 512825 OPCI├ôN 3