# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# COMPROBANTE DE PAGO

Banco Caja Social

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 43928263 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | MONICA MARIA TABORDA |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | MEDELLIN | DEPARTAMENTO: | ANTIOQUIA |
| DIRECCIÓN: | CRA 65 B 93 - 44 | TELÉFONO: | 5837693 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Educación media técnica y de |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

## DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **7786840294** | TIPO DE PLANILLA: | I-INDEPENDIENTES | | |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS: | MES: abril<br>AÑO: 2021 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES: abril<br>AÑO: 2021 | | |
| DÍAS DE MORA: | 0 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2021/04/27 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 969313796 | | |

## LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800229739 | 230201 | 230201- PROTECCION | 1 | $ 247.100 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 247.100** |
| **SALUD** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800088702 | EPS010 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 1 | $ 193.100 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 193.100** |

| | |
|---|---|
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 440.200** |

Planilla Pagada

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

**DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES)**
**REGIONAL ANTIOQUIA**
**CENTRO NACIONAL TEXTIL-ANTIOQUIA**
**Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1**
**Resoluciòn DIAN Nº 13028034004117 autoriza desde 1 hasta 360,000 (Dic. 07 de 2020)**

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **5** |
| **Código Centro** | **920610** |
| **Fecha Elaboración** | **Mayo de 2021** |
| **Versión** | **ENERO 2021 - 1,21** |
| **ID de Proceso** | **40865-950783** |
| **No. de documento** | **84353** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | MONICA MARIA TABORDA | **C.C.** | 43.928.263 | **IP/Nº de contacto** | 4442800 |
| **Correo electrónico contratista:** | mmtaborda@sena.edu.co | | | | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Régimen del IVA:** | NO RESPONSABLE | **Pertenece al régimen simple de tributación?** | NO | **Es declarante de renta?** | NO | **Es Pensionado?** | NO |
| **Sus ingresos en el 2020 Superaron $49'849.000** | NO | **Inducción SST** | SI | **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** | | NO | |
| **Banco al cual consignar:** | BANCO CAJA SOCIAL | **Tipo de cta** | AHORROS | **Nº Cuenta** | | 24067821028 | |
| **Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato?** | NO | **Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2021 supera los $ 119´806.000** | | NO | | | |

## DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nº del contrato:** | 2208423/2021 | | | **Nº Compromiso SIIF** | | **6021** | |
| **Valor Total del Contrato** | $ 40.410.795 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 28.955.030 | **4** | **Del** | **01/05/2021** | **Al** | **31/05/2021** | **$ 3.860.904,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 25.094.126 | | Comisiones | | | $ 0,00 | |

**OBJETO CONTRACTUAL:**
(Descripciòn del servicio prestado)

PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE CARACTER TEMPORAL PARA ORIENTAR FORMACION EN LA ARTICULACION CON LA MEDIA TECNICA PARA EL CENTRO TEXTIL Y DE GESTION INDUSTRIAL.

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 3.860.904 | Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383° | | 0,00% |
| Ingresos por comisiones | $ 0 | Retencion en la Fuente del Periodo | | $ 0 |
| Ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ 0 | | | |
| **TOTAL INGRESOS DEL PERIODO** | **$ 3.860.904** | Menos, Retefuente Otros Ingresos | | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 2.565.528** | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | | **$ 0** |

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

| | **Mayo** | **Abril** | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | ---------- | **7786840294** | Valor Base retención en la fuente | 2.565.528,00 | TARIFA |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 1.544.362 | $ 1.544.362 | Valor Base retención en la fuente ICA | 3.420.704,00 | |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 193.100 | $ 193.100 | Valor base IVA | 0,00 | |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 247.100 | $ 247.100 | IVA (Si es RESPONSABLE) | 0,00 | 19% |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 | Menos Retención en la Fuente | 0,00 | 0,00% |
| ARL IV | $ - | $ 0 | Menos Retencion IVA | 0,00 | 15% |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias | $ - | | Reteica - 8299 | 0,00 | 0,000% |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC | $ - | | - | 0,00 | |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.522.064 | $ - | | - | 0,00 | |
| Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.630.800 | $ - | | - | 0,00 | |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ - | | Jaime Isaza Cadavid | 15.444,00 | 0,000% |
| Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ - | | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ - | | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Dependientes hasta $ 1.161.856 | $ - | | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Salud hasta $ 580.928 | $ - | | | | |
| Renta Exenta 25% $ 8.713.920 | $ 855.176 | | Descuentos de Libranza | 0,00 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | | Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| | | | **VALOR A PAGAR** | **$ 3.845.460,00** | |

**SON: TRES MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS SESENTA PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Cumplir a cabalidad el objeto del contrato en los programas y niveles de formación que el SENA indique
Prestar los servicios con seriedad, responsabilidad, profesionalidad, eficiencia y calidad
Desarrollar las actividades de formación de acuerdo a los planes de acción y con el personal indicado por el SENA
Diseñar, programar y ejecutar las estrategias de enseñanza - aprendizaje - evaluación correspondiente al programa de formación
Orientar el proceso de formación profesional de acuerdo a los diseños curriculares de cada programa
Programar y ejecutar las actividades de conformidad con los procesos formativos y el calendario de formación institucional
Reportar y registrar en un rango no mayor de 5 días hábiles la información académica y administrativa que se deriva de la ejecución
Presentar mensualmente los informes de valoración
Participar en los comités de evaluación y seguimiento de carácter ordinario y extraordinario de los procesos 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.

**MONICA MARIA TABORDA**
**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,

**JOSE NICOLAS ARBELAEZ GARCIA**
**INSTRUCTOR G20**

**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**

**OLGA LUCIA LOPERA LOPERA**
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02**