

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2023-04	2023-04	I	17/05/2023	67334152	\$385.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	153.300	0		0		0	13	2.400	0	155.700	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	196.100	0	0	0	0	13	3.100	0	199.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	29.900				29.900	13	500	30.400			299	30.400	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	153.300	155.700
Pensión	1	196.100	199.200
Riesgos Laborales	1	29.900	30.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	379.300	385.300

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1123630811	JESUS DAVID RUBIO ARBELAEZ		BARRIO SARIE BAY	0000000	jezzyrubio27@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			ARCHIPIÉLAGO DE SA	SAN ANDRÉS	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2023-04	2023-04	I	17/05/2023	67334152	\$385.300
					TOTAL A PAGAR

DETALLE POR COTIZANTE																																																
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN								SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES											
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Exonerado	Columna exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	1123630811	RUBIO ARBELAEZ JESUS DAVID	59	0		N																			230301	1.225.612	196.100	0	0	0	0	EPS005	1.225.612	153.300	14-23	1.225.612	3	29.900		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

 FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL SAN ANDRÉS CENTRO DE FORMACION TURISTICA, GENTE DE MAR Y DE SERVICIOS -SAN ANDRES - BIENESTAR A	Código Regional	88
	Código Centro	953910
	Fecha Elaboración	Abril de 2023
	Versión	ENERO 2023 - 1,23
	ID de Proceso	22102-397891

DATOS DEL CONTRATISTA			
Nombres y apellidos contratista:	JESUS DAVID RUBIO ARBELAEZ	C.C.	1.123.630.811
Correo electrónico contratista:	jdrubioa@sena.edu.co	IP/N° de contacto	85012
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:	SI	Tipo de cta	AHORROS
		N° Cuenta	34862652551
		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			
N° del contrato:	4477791/2023	N° Compromiso SIIF	3023
Valor Total del Contrato	\$ 20.913.288	N ° Pago	4
Saldo Anterior del Contrato	\$ 13.070.805	Periodo objeto de pago	Del 01/05/2023 Al 31/05/2023
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 10.456.644	Legalización comisiones del periodo	\$ 0,00
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		CO1.PCCNTR.4477791; PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES PARA REALIZAR LA DIVULGACIÓN DEL PLAN DE NACIONAL INTEGRAL DE BIENESTAR AL APRENDIZ EN EL CENTRO DE FORMACIÓN	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Ingresos por honorarios	\$ 2.614.161	Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°	0,00%
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 2.614.161	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 1.512.034	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR			
	Mayo	Abril	
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	-----	67334152	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.160.000	\$ 1.160.000	Base retención en la fuente a título de RENTA 1.512.034,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 145.000	\$ 145.000	Base retención en la fuente a título de ICA 2.283.561,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 185.600	\$ 185.600	Valor base IVA 0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00 19%
ARL	\$ 6.100	\$ 6.100	Menos Retención en la Fuente 0,00 0,00%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ 8.835.833	\$ -	Menos Retención IVA 0,00 15%
	\$ 653.540	\$ -	Reteica - 8299 1.142,00 0,050%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC	\$ 13.430.466	\$ -	- 0,00
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias	\$ 13.430.466	\$ -	- 0,00
Intereses Prestamo de Vivienda	\$ 4.241.200	\$ -	- 0,00
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Otras Retenciones 0,00 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	\$ 1.357.184	\$ 261.416	Otras Retenciones 0,00 0,000%
Salud hasta	\$ 678.592	\$ -	Descuentos de Libranza 0,00
Renta Exenta 25%	\$ 2.792.123	\$ 504.011	Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	\$ -	VALOR A PAGAR \$2.613.019,00

SON: DOS MILLONES SEISCIENTOS TRECE MIL DIECINUEVE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO	
Se realiza acompañamiento fotográfico durante las charlas brindadas en las inducciones a los nuevos aprendices sena Se realizaron fotografías durante la elección de representantes de voceros Se realiza video dando a conocer a la snuevas representantes de voceros Se realizo video del dia del arbol	

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.	JESUS DAVID RUBIO ARBELAEZ 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 periodo 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.  MARIA EUGENIA CASTILLO HERNANDEZ TECNICO G01

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

DIEGO LEON FERNANDEZ HURTADO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)