

 <p>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</p>	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL DISTRITO CAPITAL CENTRO DE GESTION ADMINISTRATIVA-BTA D C - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION		Código Regional	11
			Código Centro	940410
			Fecha Elaboración	Junio de 2023
			Versión	ENERO 2023 - 1,23
		ID de Proceso	75068-183253	

DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista: MARIA ALEJANDRA CALDERON ORTIZ Correo electrónico contratista: macalderon45@misena.edu.co	C.C. 1.069.744.954	IP/N° de contacto 16003		
Régimen del IVA: ☒ NO RESPONSABLE	Pertenece al régimen simple de tributación? ☒ NO	Es declarante de renta? ☒ SI	Es Pensionado? ☒ NO	
Banco al cual consignar: AV VILLAS	Inducción SST ☒ SI	Presta Servicios Excluidos de IVA ? ☒ SI		
Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a \$53'206.000: ☒ NO	Tipo de cta AHORROS	N° Cuenta 451832385		
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: 4501721/2023	N° Compromiso SIIF 6823			
Valor Total del Contrato \$ 20.145.050 Saldo Anterior del Contrato \$ 4.029.010 Nuevo Saldo del Contrato \$ 0	N ° Pago 5	Periodo objeto de pago Del 01/06/2023 Al 30/06/2023	Valor Bruto Pago \$ 4.029.010,00	
		Legalización comisiones del periodo \$ 0,00		

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)				
Prestar servicios personales de carácter temporal, orientando la Formación Profesional Integral, de acuerdo con la programación definida por el Centro de Gestión Administrativa para las jornadas diurna, nocturna, madrugada y fines de semana en su sede principal, subsede y organizaciones, ejecutando acciones bajo la modalidad presencial para Formación Titulada y/o Formación Complementaria				

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios \$ 4.029.010	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 \$ 4.029.010	Menos, Retefuente Otros Ingresos \$ 0			
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 2.670.833	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO \$ 0			

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	Junio	Mayo	Base retención en la fuente a título de RENTA 2.670.833,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC \$ 1.611.604	68004044	Base retención en la fuente a título de ICA 3.569.610,00		
Aporte obligatorio a seguridad social salud \$ 201.500	Valor base IVA 0,00	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00	19%	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión \$ 257.900	Menos Retención en la Fuente 0,00	Menos Retención IVA 0,00	0,00%	
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional \$ -	Menos Retención IVA 0,00	Reteica - 8299 34.482,00	0,966%	
ARL \$ 8.500	Reteica - 8299 -	Otras Retenciones 0,00	0,000%	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias \$ 8.835.833	Otras Retenciones 0,00	Otras Retenciones 0,00	0,000%	
\$ 1.007.252	Otras Retenciones 0,00	Otras Retenciones 0,00	0,000%	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC \$ 13.430.466	Otras Retenciones 0,00	Otras Retenciones 0,00	0,000%	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$ 13.430.466	Otras Retenciones 0,00	Otras Retenciones 0,00	0,000%	
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 4.241.200	Otras Retenciones 0,00	Otras Retenciones 0,00	0,000%	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ -	Descuentos de Libranza 0,00	Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00		
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ -	VALOR A PAGAR \$3.994.528,00			
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ -				
Dependientes hasta \$ 1.357.184				
Salud hasta \$ 678.592				
Renta Exenta 25% \$ 2.792.123				
Retención en la Fuente Contingente \$ -				

SON: TRES MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS VEINTIOCHO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO	
Orientar Formación Profesional Integral a los aprendices según programación de fichas Acompañamiento a los aprendices en el desarrollo de procesos formativos y/o productivos Actualizar contenidos y tecnologías en las diversas competencias del programa de formación Elaboración y entrega de formatos y documentos requeridos en el proceso académico administrativo	

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.	MARIA ALEJANDRA CALDERON ORTIZ 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, CLAUDIA PILAR POVEDA CORTES 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
WAINE ANTONY TRIANA ALBIS
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1069744954	MARIA ALEJANDRA CALDERON ORTIZ		Carrera 69 Nro 12B-21 Torre 1 apto 2401	3212854765	alejacalderon-9@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2023-05	2023-05	I	29/05/2023	68004044	\$500.200

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	201.500	0		0		0	0	0	0	201.500	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	257.900	0	0	0	0	0	0		257.900	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	8.500				8.500	0	0	8.500			85	8.500	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	32.300	0	0	32.300	1

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	201.500	201.500
Pensión	1	257.900	257.900
Riesgos Laborales	1	8.500	8.500
CCF	1	32.300	32.300
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	500.200	500.200

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1069744954	MARIA ALEJANDRA CALDERON ORTIZ		Carrera 69 Nro 12B-21 Torre 1 apto 2401	3212854765	alejacalderon-9@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						SI

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
2023-05	2023-05	I	29/05/2023	68004044	\$500.200
					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	MA	MA	MA	MA	MA	MA	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	1069744954	CALDERON ORTIZ MARIA ALEJANDRA	59	0		N																		25-14	1.611.700	257.900	0	0	0	0	EPS005	1.611.700	201.500	14-23	1.611.700	1	8.500	CCF22	1.611.700	32.300	0	0	0	0	0

PAGADA