SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL DISTRITO CAPITAL
CENTRO NACIONAL DE HOTELERÍA, TURISMO Y ALIMENTOS- BTÁ D.C.

Código Regional	**11**
Código Centro	**940610**
Fecha Elaboración	**Julio de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**92307-526918**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	DIANA CAROLINA DIAZ QUINTERO	**C.C.**	1.014.197.374	**IP/Nº de contacto**	3165231546
Correo electrónico contratista:	dcdiaz473@misena.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: BANCOLOMBIA **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** SI

Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000: SI **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 67384905177

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: 3498011/2022 **Nº Compromiso SIIF** **67322**

Valor Total del Contrato	$ 1.643.416	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 1.264.166	**2**	**Del**	**01/07/2022**	**Al**	**10/07/2022**	**$ 1.264.166,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 0		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR:RAD CPE NO. 11-9-2022-031108 IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL Y ACTIVIDADES QUE SE DERIVEN (CESION)

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 1.264.166		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	$ 379.250			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 1.643.416**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 761.712**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Setiembre	Agosto
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**9436746205**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.160.000	$ 1.517.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 145.000	$ 189.700
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 185.600	$ 242.800
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 12.200	$ 15.900
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 410.854	$ -	
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	$ 160.000	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 125.000	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 5.300	
Dependientes hasta $ 1.357.184	$ -	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 253.904	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	761.712,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	933.566,00	
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	9.018,00	0,966%
-	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	**$1.255.148,00**	

SON: UN MILLÓN DOSCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL CIENTO CUARENTA Y OCHO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Obligación 1: Asistencia a capacitación 05-07-2022
Obligación 2: Acompañamiento al grupo Formación complementaria (Engativá Lunes a Viernes 10 pm)

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.

DIANA CAROLINA DIAZ QUINTERO
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,

CAROLINA HERNANDEZ VARGAS
INSTRUCTOR G16

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

SONIA YAMILE ACUNA LESMES

SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

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 1014197374		DIAZ QUINTERO DIANA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRRA 101 NO 82 - 52 INT 5 APTO 5103	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7471289	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-06	2022-06	1554874865	9436746205	I	2022/07/19	2022/07/15	BANCO DAVIVIENDA	0	$290,300

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)					$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$0	$0			$1,000,000	$5,300		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$0	$0			$1,000,000	$5,300		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$0	$0			$1,000,000	$5,300		$0	$0
1	CC	1014197374 DIAZ DIANA	230301	30	$1,000,000	$160,000	EPS017	30	$1,000,000	$125,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,000,000	$5,300	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$0	$0			$1,000,000	$5,300		$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 1014197374		DIAZ QUINTERO DIANA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRRA 101 NO 82 - 52 INT 5 APTO 5103	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7471289	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-06	2022-06	1554874865	9436746205	I	2022/07/19	2022/07/15	BANCO DAVIVIENDA	0	$290,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$160,000	$0	$0	$160,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$160,000	$0	$0	$160,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$5,300	$0	$0	$5,300
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$5,300	$0	$0	$5,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$125,000	$0	$0	$125,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$125,000	$0	$0	$125,000
TOTAL				1	$290,300	$0	$0	$290,300

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
ENTREGA DE BIENES E INFORMACIÓN DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL POR EL CONTRATISTA

LUGAR: Bogota
FECHA: **julio de 2022**
REGIONAL: Distrito Capital

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS:	**IDENTIFICACIÓN**
Diana Carolina Diaz Quintero	**C.C. No 1.014.197.374**
DIRECCIÓN U OFICINA DONDE SE EJECUTÓ EL CONTRATO: **Centro Nacional Hoteleria Turismo y Alimentos**	
NÚMERO Y FECHA DE CONTRATO: **No. C01-PCCNTR 3498011 del 28 de enero de 2022**	

CAUSAL DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO

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

DEPENDENCIA SENA	**Marcar con x**	**RESPONSABLES**	
		NOMBRES	**FIRMA**
ENTREGA CARNÉ (A Supervisor del Contrato en las Regionales y Centros de Formación) SECRETARÍA GENERAL	x	**Jessica Gustin Hernandez**	
OTRO (OFFICE)	X	**Sandra Maria Mendez Lasso**	
OTRO (LAVANDERIA)	x	**Florentina Sabogal Sabogal**	
GESTIÓN DE TIC	X	**Maria del Rosario Amortegui Bejarano**	
BIBLIOTECA	x	**Milena Gonzalez Mora**	
ALMACÉN E INVENTARIOS	X	**Deicy Viviana Ipuz Morales**	
CONTABILIDAD	X	**Derly Agelica Alvarado Cepeda**	
ADMINISTRACIÓN DE DOCUMENTOS	X	**Sandra Viviana Ospina Santamaria**	
COORDINACIÓN DE: ÁREA/GRUPO/ ACADEMICA	X	**Sonia Yamile Acuña**	
SUPERVISOR DE CONTRATO	X	**Sonia Yamile Acuña**	

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

OTROS : _____

Firma del Contratista