SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

**FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES**
**REGIONAL NORTE DE SANTANDER**
**CENTRO DE FORMACIÓN PARA EL DESARROLLO RURAL Y MINERO**

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **54** |
| **Código Centro** | **911910** |
| **Fecha Elaboración** | **31 de Julio de 2023** |
| **Versión** | **ENERO 2023 - 1,23** |
| **ID de Proceso** | **62741-695689** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | LISBETH ZELANDIA SUAREZ SUAREZ | **C.C.** | 1.007.011.309 | **IP/Nº de contacto** | 74015 |
| **Correo electrónico contratista:** | lzsuarez@sena.edu.co | | | | |

**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 ?** SI

**Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000:** NO **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 31227539065

**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:** | 4764759/2023 | | | **Nº Compromiso SIIF** | **65023** |
| **Valor Total del Contrato** | $ 52.787.500 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 33.959.958 | **5** | **Del** 01/07/2023 | **Al** 31/07/2023 | **$ 5.278.750,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 28.681.208 | | Legalización comisiones del periodo | $ 0,00 | |

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

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN EL PROGRAMA DE EXTENSIONISMO TECNOLÓGICO DEL SISTEMA DE INVESTIGACIÓN, DESARROLLO TECNOLÓGICO E INNOVACIÓN SENNOVA PARA IMPLEMENTAR DESDE EL CENTRO DE FORMACIÓN PARA EL DESARROLLO RURAL Y MINERO DE LA REGIONAL NORTE DE SANTANDER, LAS ACTIVIDADES

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 5.278.750 | | 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 | $ 0 | | | |
| **TOTAL INGRESOS DEL PERIODO** | **$ 5.278.750** | | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 3.499.313** | | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

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

| | Julio | Junio |
|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | ---------- | **7885231960** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 2.111.500 | $ 2.111.500 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 264.000 | $ 264.000 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 337.900 | $ 337.900 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 |
| ARL I | $ 11.100 | $ 11.100 |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 / $ 1.319.687 | $ - | |
| 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 | $ - | |
| Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ - | |
| 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 | $ 1.166.438 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 3.499.313,00 | TARIFA |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 0,00 | |
| 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 | 0,00 | 0,000% |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| Estampilla Departamental | 105.575,00 | 2,000% |
| 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** | **$5.173.175,00** | |

**SON: CINCO MILLONES CIENTO SETENTA Y TRES MIL CIENTO SETENTA Y CINCO PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Realizar contacto inicial de las empresas, organizaciones campesinas - agropecuarias y/o campesinos priorizados y asignados
Realizar las sensibilizaciones para el inicio de los acompañamientos de acuerdo con el cronograma definido en el marco del programa
Registrar en el sistema de información del programa las acciones ejecutadas con las empresas, organizaciones campesinas - agropecuaria
Diagnosticar las empresas, organizaciones campesinas- agropecuarias y/o campesinos asignados con las herramientas definidas
Formular y concertar el plan de mejora identificando los indicadores a evaluar de las empresas, organizaciones campesinas - agropecuar
Medir en las empresas, organizaciones campesinas - agropecuarias y/o campesinos asignados los indicadores definidos en el plan de mejo
Asesorar e implementar la metodología de extensionismo tecnológico a las empresas, organizaciones campesinas - agropecuarias y/o campe
Documentar la información recolectada en el proceso de acompañamiento, de forma completa y con criterios de calidad
Garantizar la ejecución de las horas de implementación de la metodología de Extensionismo Tecnológico, acorde a orientaciones brindad

**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.

**LISBETH ZELANDIA SUAREZ SUAREZ**
**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,

**MELISA MASMELA ACEVEDO**
**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**

**JOSE GIOVANNY VERA JURADO**

**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)**

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1007011309 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | LISBETH ZELANDIA SUAREZ SUAREZ |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | MALAGA | DEPARTAMENTO: | SANTANDER |
| DIRECCIÓN: | CRA 6 # 5-40 SAN JOSE DE | TELÉFONO: | 5555555 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

## DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **7885231960** | | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS: | MES: | junio | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES: | junio |
| | AÑO: | 2023 | | AÑO: | 2023 |
| DÍAS DE MORA: | | 11 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2023/07/17 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 51753083 |

## LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800224808 | 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 342.300 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 342.300** |
| **SALUD** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 900156264 | EPS037 | EPS037-NUEVA EPS | 1 | $ 267.400 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 267.400** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 860011153 | 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | $ 11.300 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 11.300** |

| | |
|---|---|
| **VALOR SIN MORA:** | **$ 613.100** |
| **VALOR MORA:** | **$ 7.900** |
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 621.000** |