SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL CESAR
CENTRO AGOREMPRESARIAL-CESAR

Código Regional	**20**
Código Centro	**952010**
Fecha Elaboración	**Agosto de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**98034-154071**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	MARIA BERNARDA AMAYA PAEZ	**C.C.**	49.667.778	**IP/Nº de contacto**	1
Correo electrónico contratista:	mbamaya@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: SI **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 29758980250

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: 5109911/2023 **Nº Compromiso SIIF** **134523**

Valor Total del Contrato	$ 23.423.880	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 22.212.300	**2**	**Del**	**01/07/2023**	**Al**	**31/07/2023**	**$ 4.038.600,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 18.173.700		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: COMO INSTRUCTOR EN EL ÁREA SERVICIOS A LA SALUD AL CLIENTE PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL PRESENCIAL Y/O VIRTUAL EN LOS PROGRAMAS DE FORMACIÓN REGULAR TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA DEL CENTRO AGROEMPRESARIAL CPE NO. 20-9-2023-

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.038.600	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	**$ 4.038.600**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.406.075**	**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	----------	**27142436**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.615.440	$ 1.160.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 202.000	$ 145.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 258.500	$ 185.600
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL III	$ 39.400	$ 28.300
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 1.009.650	$ 185.600	
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	$ 145.000	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 802.025	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.406.075,00	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	0,00	0,000%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Pro-Universidad	20.193,00	0,500%
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	**$4.018.407,00**	

SON: CUATRO MILLONES DIECIOCHO MIL CUATROCIENTOS SIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

ATENDER AL USUARIO PERSONA EN CASO DE ACCIDENTE Y ENFERMEDAD SÚBITA DE ACUERDO CON PROTOCOLOS DE PRIMER RESPONDIENTE
VALORAR LA ESCENA DEL EVENTO DE ACUERDO CON EL TIPO DE SITUACIÓN PRESENTADA, APLICANDO ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES VIGENTES
ATENDER A LA VÍCTIMA SEGÚN EL TIPO DE LESIONES, APLICANDO LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS Y MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD.
EVALUAR LAS ACCIONES DESARROLLADAS EN SITUACIÓN DE EMERGENCIA Y DESASTRE DE ACUERDO CON EL TIPO DE EVENTO Y PLAN DE MEJORAMIENTO
RECONOCER LOS SERVICIOS Y BENEFICIOS DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD DE ACUERDO CON LOS PRINCIPIOS
REALIZAR VALORACIÓN FÍSICA DE LA VÍCTIMA TENIENDO EN CUENTA PROTOCOLOS, NORMAS DE BIOSEGURIDAD
RECONOCER LAS IPS DE LA RED PÚBLICA DE URGENCIAS DE ACUERDO CON EL TIPO DE EVENTO, PLAN NACIONAL DE EMERGENCIAS Y DESASTRES.
SE REALIZARON PRUEBAS DE CONOCIMIENTOS PREVIOS A TRAVÉS DE UNA MESA REDONDA DE LA GUÍA DE APRENDIZAJE
SE DESARROLLARON PROCESOS DE PROMOCIÓN DE LOS PROGRAMAS DE EDUCACIÓN COMPLEMENTARIA EN EL CASCO URBANO DEL MUNICIPIO DE AGUACHICA

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 BERNARDA AMAYA PAEZ
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,

ROBINSON LOBO HERNANDEZ
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

YALEINIS MONTERO TRIANA

SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL :	MARIA BERNARDA AMAYA PAEZ
IDENTIFICACION:	CC-49667778
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	01
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	INDEPENDIENTE
FECHA GENERACION REPORTE:	2023-07-24
FECHA LIMITE DE PAGO:	2023-07-21
FECHA DE PAGO:	2023-07-24
ENTIDAD DE PAGO:	BANCOLOMBIA
PERIODO PENSION:	2023-06
PERIODO SALUD:	2023-06
NUMERO PLANILLA:	27142436
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	27142436
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	$ 1.160.000	$ 0	$ 0	$ 500	$ 145.000	$ 145.500
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 1.160.000	$ 0	$ 0	$ 700	$ 185.600	$ 186.300
14-11	890903790	ARL SURA	1	$ 1.160.000	$ 0	$ 0	$ 100	$ 6.100	$ 6.200
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 1.300	$ 336.700	$ 338.000

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	18/08/2023