SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

**FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES**
**REGIONAL GUAJIRA**
**CENTRO AGROEMPESARIAL Y ACUICOLA-GUAJIRA**

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **44** |
| **Código Centro** | **952410** |
| **Fecha Elaboración** | **Agosto de 2023** |
| **Versión** | **ENERO 2023 - 1,23** |
| **ID de Proceso** | **35764-816893** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

**Nombres y apellidos contratista:** IRENE KATHERINE JAYARIYU IPUANA
**Correo electrónico contratista:** ijayariyu@sena.edu.co
**C.C.** 1.124.033.400 **IP/Nº de contacto** 53552

**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 ?** NO

**Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000:** NO **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 33750922665

**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:** 4602673/2023 **Nº Compromiso SIIF** 17623

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Valor Total del Contrato** | $ 30.179.000 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 23.175.000 | **4** | **Del** | **01/05/2023** | **Al** | **31/05/2023** | **$ 3.090.000,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 20.085.000 | | Legalización comisiones del periodo | | | $ 0,00 | |

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

INSTRUCTOR -PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL DE ARTESANO, TÉCNICOS TECNÓLOGOS Y/O PROFESIONALES QUE SE DESEMPEÑEN COMO INSTRUCTORES EN LOS PROGRAMAS TÉCNICOS DE FORMACIÓN TITULADA DE LA PROGRAMACIÓN DE ARTICULACIÓN CON LA MEDIA E

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 3.090.000 | | 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** | **$ 3.090.000** | | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 2.048.400** | | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

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

| | Mayo | Abril |
|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | ---------- | **9452843230** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 1.236.000 | $ 1.236.000 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 154.500 | $ 154.500 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 197.800 | $ 197.800 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 |
| ARL I | $ 6.500 | $ 6.500 |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 772.500 | $ - | |
| 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 | $ 682.800 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 2.048.400,00 | TARIFA |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 2.737.700,00 | |
| 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 | 8.213,00 | 0,300% |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| - | 0,00 | |
| Estampilla Prouniversidad de la Gua | 61.800,00 | 2,000% |
| Estampilla Prodesarrollo Fronterizo | 15.450,00 | 0,500% |
| Estampilla Prodesarrollo Dptal | 61.800,00 | 2,000% |
| Estampilla Pro-Cultura | 46.350,00 | 1,500% |
| Descuentos de Libranza | 0,00 | |
| Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| **VALOR A PAGAR** | **$2.896.387,00** | |

**SON: DOS MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y SIETE PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| FICHA | PROGRAMA | AMBIENTE | HORARIO | APRENDICES | HORA |
|---|---|---|---|---|---|
| 2509021 | TEJEDURIA EN TELAR PARA PRODUCTOS ARTESANALES | FLOR DEL PARAISO | 6:00 - 12 PM | 19 | 72 |
| 2734135 | TEJEDURIA EN TELAR PARA PRODUCTOS ARTESANALES | I.E. CERRO DE LA TETA | 6:00 - 12 PM | 20 | 71,50 |
| 2734136 | TEJEDURIA EN TELAR PARA PRODUCTOS ARTESANALES | I.E. CERRO DE LA TETA | 6:00 - 12 PM | 23 | 64,50 |

TOTAL HORAS 208

**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.

**IRENE KATHERINE JAYARIYU IPUANA**
**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,

**DELIA MARIA RAMOS BELLO**
**PROFESIONAL G03**

**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**

**CARLOS ENRIQUE PARDO ANDRADE**

**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02**

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 50929160 | | SOLANO ZARATE NINI JOHANNA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CL 14 # 14 -91 | FONSECA-LA GUAJIRA | 7756450 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2023-06 | 2023-06 | 9453580930 | 9453580930 | I | 2023/07/17 | 2023/07/14 | BANCO DE BOGOTA | 0 | $466,400 |

**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)** | | | | | $1,606,800 | $257,100 | | | $1,606,800 | $200,900 | | | $0 | $0 | | | $1,606,800 | $8,400 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $1,606,800 | $257,100 | | | $1,606,800 | $200,900 | | | $0 | $0 | | | $1,606,800 | $8,400 | | $0 | $0 |
| Ciudad: FONSECA Depto: LA GUAJIRA ( 1 Afiliados) | | | | | $1,606,800 | $257,100 | | | $1,606,800 | $200,900 | | | $0 | $0 | | | $1,606,800 | $8,400 | | $0 | $0 |
| 1 | CC 50929160 | SOLANO NINI | 231001 | 30 | $1,606,800 | $257,100 | EPS037 | 30 | $1,606,800 | $200,900 | | 0 | $0 | $0 | 14-23 | 30 | $1,606,800 | $8,400 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | $1,606,800 | $257,100 | | | $1,606,800 | $200,900 | | | $0 | $0 | | | $1,606,800 | $8,400 | | $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 50929160 | | SOLANO ZARATE NINI JOHANNA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CL 14 # 14 -91 | FONSECA-LA GUAJIRA | 7756450 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2023-06 | 2023-06 | 9453580930 | 9453580930 | I | 2023/07/17 | 2023/07/14 | BANCO DE BOGOTA | 0 | $466,400 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $257,100 | $0 | $0 | $257,100 |
| COLFONDOS | 231001 | 800,227,940 | 6 | 1 | $257,100 | $0 | $0 | $257,100 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $8,400 | $0 | $0 | $8,400 |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 1 | $8,400 | $0 | $0 | $8,400 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $200,900 | $0 | $0 | $200,900 |
| NUEVA E.P.S. | EPS037 | 900,156,264 | 2 | 1 | $200,900 | $0 | $0 | $200,900 |
| TOTAL | | | | 1 | $466,400 | $0 | $0 | $466,400 |