

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL SANTANDER CENTRO AGROEMPRESARIAL Y TURISTICO DE LOS ANDES-SANTANDER		Código Regional	68
			Código Centro	954510
			Fecha Elaboración	30 de Agosto de 2023
			Versión	ENERO 2023 - 1,23
			ID de Proceso	87244-144393
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista:		JAVIER ENRIQUE AMAYA DIAZ jamayad@hotmail.com		C.C. 91.497.831
Correo electrónico contratista:				IP/N° de contacto 3138985102
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		N° Cuenta 81476768136
		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: 4633492/2023		N° Compromiso SIIF 8023		
Valor Total del Contrato	\$ 30.063.750	N° Pago 7	Periodo objeto de pago	
Saldo Anterior del Contrato	\$ 8.818.700		Del 01/08/2023	Al 31/08/2023
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 4.810.200		Legalización comisiones del periodo \$ 0,00	
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		INSTRUCTOR: PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA GESTIÓN DEL DESARROLLO CURRICULAR Y LA EJECUCIÓN DE ACCIONES DE FORMACIÓN TITULADA, COMPLEMENTARIA Y VIRTUAL EN EL ÁREA TEMÁTICA BILINGÜISMO, PROGRAMA VIRTUAL, CATA PL 7M VR MES 4.008.500		
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios	\$ 4.008.500		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	\$ 4.008.500		Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE	\$ 2.657.250		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	Agosto	Julio		
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.603.400	\$ 1.603.400	Base retención en la fuente a título de RENTA 2.657.250,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 200.500	\$ 200.500	Base retención en la fuente a título de ICA 4.008.500,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 256.600	\$ 256.600	Valor base IVA 0,00	
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00 19%	
ARL	\$ 8.400	\$ 8.400	Menos Retención en la Fuente 0,00 0,00%	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -	\$ -	Menos Retención IVA 0,00 15%	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC	\$ -	\$ -	Reteica - 8299 0,00 0,600%	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias	\$ -	\$ -		
Intereses Prestamo de Vivienda	\$ -	\$ -	Otras Retenciones 0,00 0,000%	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Otras Retenciones 0,00 0,000%	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Otras Retenciones 0,00 0,000%	
Aportes A.R.L. de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Sobretasa Bomberil 0,00 10,000%	
Dependientes hasta	\$ 1.357.184	\$ -	Descuentos de Libranza 0,00	
Salud hasta	\$ 678.592	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00	
Renta Exenta 25%	\$ 2.792.123	\$ 885.750	VALOR A PAGAR \$4.008.500,00	
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	\$ -		
SON: CUATRO MILLONES OCHO MIL QUINIENTOS PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
46 horas de formación ficha 2813625 38 horas de formación ficha 2810547 38 horas de formación ficha 2810551 46 horas de formación ficha 2813624 04 horas de formación ficha 2833655 04 horas de formación ficha 2833656 176 horas de formación en total				
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.			JAVIER ENRIQUE AMAYA DIAZ EL CONTRATISTA	
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO				
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:			Autorizo el presente pago. El Supervisor,	
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.			CAROLINA MESA BARRERA COORDINADORA DE FORMACIÓN	
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 YADIMYR OSWALDO GARCIA REYES SUBDIRECTOR DE CENTRO G02				

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	91497831	JAVIER ENRIQUE AMAYA DIAZ		cra 39 #46-84 112 apto 101	3138985102	jamayad@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			SANTANDER	BUCARAMANGA	
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
2023-07	2023-07	I	31/07/2023	69713729	\$465.500
TOTAL A PAGAR					

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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	200.500	0		0		0	0	0	0	200.500	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	256.600	0	0	0	0	0	0		256.600	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	8.400				8.400	0	0	8.400			84	8.400	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre				NIT	Valor Aporte	Días Mora
						Valor Mora Aporte	Total a Pagar
							No. Afiliados

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	200.500	200.500
Pensión	1	256.600	256.600
Riesgos Laborales	1	8.400	8.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	465.500	465.500

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	91497831	JAVIER ENRIQUE AMAYA DIAZ		cra 39 #46-84 112 apto 101	3138985102	jamayad@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			SANTANDER	BUCARAMANGA	
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
2023-07	2023-07	I	31/07/2023	69713729	\$465.500

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	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	91497831	AMAYA DIAZ JAVIER ENRIQUE	57	0			N																		25-14	1.603.400	256.600	0	0	0	0	EPS037	1.603.400	200.500	14-23	1.603.400	1	8.400		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA