SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

**FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES**
**REGIONAL ATLÁNTICO**
**DESPACHO REGIONAL-EMPRENDIMIENTO**

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **8** |
| **Código Centro** | **101008** |
| **Fecha Elaboración** | **Setiembre de 2023** |
| **Versión** | **ENERO 2023 - 1,23** |
| **ID de Proceso** | **72248-794419** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | ELEAZAR BONILLA CHIPATECUA | **C.C.** | 3.185.972 | **IP/Nº de contacto** | 0000 |
| **Correo electrónico contratista:** | ebonillac@sena.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:** NO **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 52500002115

**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:** 4569249/2023 **Nº Compromiso SIIF** **8723**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Valor Total del Contrato** | $ 49.006.512 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 18.094.712 | **8** | **Del** | **01/09/2023** | **Al** | **30/09/2023** | **$ 4.523.678,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 13.571.034 | | Legalización comisiones del periodo | | | $ 280.737,00 | |

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

SERVICIOS PERSONALES: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA ORIENTACIÓN DE USUARIOS DE LOS CENTROS DE DESARROLLO EMPRESARIAL, DE ACUERDO CON LOS LINEAMIENTOS Y PROCESO DE EMPRENDIMIENTO Y EMPRESARISMO DEL SENA. RADICADO 08-9-2023-003399...PZO 31/12

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 4.523.678 | | 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** | **$ 4.804.415** | | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 2.849.005** | | **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** | ---------- | **7890730266** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 1.809.471 | $ 1.809.471 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 226.200 | $ 226.200 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 289.600 | $ 289.600 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 |
| ARL I | $ 9.500 | $ 9.500 |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 1.201.103 | $ - | |
| 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 | $ 480.442 | |
| Salud hasta $ 678.592 | $ - | |
| Renta Exenta 25% $ 2.792.123 | $ 949.668 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 2.849.005,00 | TARIFA |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 4.288.615,00 | |
| 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 | 42.886,00 | 1,000% |
| - | 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** | **$4.480.792,00** | |

**SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA MIL SETECIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Apoyar la gestión e implementación de lineamientos estratégicos establecidos por el SENA.
Contribuir en el seguimiento en la puesta en marcha de las empresas creadas en el Fondo Emprender u de otras fuentes de financiación,
Participar en los eventos, reuniones, jornadas de orientación y divulgación conforme al procedimiento de emprendimiento y fortalecimie
Registrar la información confiable, oportuna y con calidad de los servicios gestionados en la plataforma tecnológica establecida por l
Orientar a los emprendedores en las diferentes etapas establecidas para la creación de empresas.
Gestionar y hacer seguimiento al plan de Acción individual formulado con base en los Lineamientos establecidos por la Coordinación Nac
Apoyar con la gestión de las metas del programa de emprendimiento en la regional.
Apoyar en la ejecución de los indicadores establecidos por la Dirección Regional de manera proporcional a lo indicado por los lineamie

**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.

**ELEAZAR BONILLA CHIPATECUA**
**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,

**HERNAN ALBERTO BERDEJO MARTINEZ**
**PROFESIONAL G02**

**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**

**JACQUELINE ROJAS SOLANO**

**DIRECTORA REGIONAL**

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 3185972 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | ELEAZAR BONILLA CHIPATECUA |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BARRANQUILLA | DEPARTAMENTO: | ATLANTICO |
| DIRECCIÓN: | CRA 63 # 66-65 | TELÉFONO: | 3208720 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Otras actividades de servicios personales n.c.p. |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

## DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | **7890730266** | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | agosto AÑO 2023 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | agosto AÑO 2023 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2023/09/12 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 155125602 |

## TOTAL APORTES A PENSIÓN

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 230201 | 230201- PROTECCION | 1 | $ 289.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 289.600 | $ 0 | $ 289.600 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 289.600** | **$ 0** | **$ 289.600** |

## TOTAL APORTES A SALUD

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS010 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 226.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 226.200 | $ 0 | $ 0 | $ 226.200 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 226.200** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 226.200** |

## TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 9.500 | $ 9.500 | $ 0 | $ 0 | $ 9.500 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 9.500** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 9.500** |

## LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | | | | | | | | | |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DIAS COT | IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
| 1 | CC 3185972 | BONILLA CHIPATECUA ELEAZAR | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.809.472 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201-PROTECCION | 30 | $ 1.809.472 | $ 289.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 289.600 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 30 | $ 1.809.472 | $ 226.200 | $ 0 | $ 226.200 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 1.809.472 | 3185972 | $ 9.500 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| | |
|---|---|
| **TOTAL** | **$ 525.300** |

**FORMATO INFORME LEGALIZACIONDESPLAZAMIENTO- CONTRATISTA**

**CIUDAD Y FECHA** Barranquilla, Agosto 17 2023

**PRESENTADO A**: Jacqueline Rojas Solano, directora regional Atlántico

| | | |
|---|---|---|
| **ORDEN DE VIAJE No: 26423** | **FECHA DE INICIO:** | **FECHA DE FINALIZACION:** |
| | **14 DE AGOSTO DEL 2023** | **14 DE AGOSTO DEL 2023** |
| **LUGAR A DONDE REALIZÓ EL DESPLAZAMIENTO Barranquilla-Soledad- Barranquilla** | **REGIONAL / CENTRO DE FORMACION** | **OTRA: (ciudad)** |
| | **REGIONAL** | **Atlántico** |

**OBJETIVO DEL DESPLAZAMIENTO**

1. Revisión de puesta en marcha plan de negocio Forall Trendy con ID 81112, se realizó verificación de la ejecución presupuestal del plan de negocio

**ACTIVIDADES DESARROLLADAS:**

2. Seguimiento al cumplimiento de indicadores de la puesta en marcha plan de negocios Forall Trendy

**RESULTADOS:**

3. Revisión y ajuste de los soportes en plataforma
4. Verificación de inventarios y seguimiento de ventas

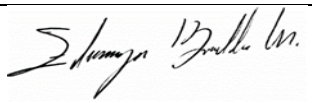
**EVIDENCIAS O SOPORTES: Enuncie los archivos que soportan estos resultados y anexe lo correspondiente en este Informe.**

1. **TIQUETES DE VIAJE**

**COMPROMISOS**

| ACTIVIDAD | RESPONSABLE | FECHA |
|---|---|---|
| Visita a Municipio de Soledad | **Eleazar Bonilla Chipatecua** | **Agosto 2023** |

**DATOS DEL CONTRATISTA**

| NOMBRE Y APELLIDO | FIRMA |
|---|---|
| **ELEAZAR BONILLA CHIPATECUA** |  |

**VISTO BUENO SUPERVISOR**

| CARGO DEL SUPERVISOR | NOMBRE Y APELLIDO SUPERVISOR | FIRMA |
|---|---|---|
| **Líder de Emprendimiento Regional** | **Hernán Berdejo Martinez** |  |

**FORMATO INFORME LEGALIZACIONDESPLAZAMIENTO- CONTRATISTA**

| | | |
|---|---|---|
| **CIUDAD Y FECHA** Barranquilla, Agosto 17 2023 | | |
| **PRESENTADO A**: Jacqueline Rojas Solano, directora regional Atlántico | | |
| **ORDEN DE VIAJE No: 27623** | **FECHA DE INICIO:** | **FECHA DE FINALIZACION:** |
| | **15 DE AGOSTO DEL 2023** | **15 DE AGOSTO DEL 2023** |
| **LUGAR A DONDE REALIZÓ EL DESPLAZAMIENTO Barranquilla-Puerto Colombia-Barranquilla** | **REGIONAL / CENTRO DE FORMACION** | **OTRA: (ciudad)** |
| | **REGIONAL** | **Atlántico** |

**OBJETIVO DEL DESPLAZAMIENTO**

1. Apoyo en acreditación de planes de negocio para convocatorias nacionales Fondo Emprender
2. (Multisectorial, Rural, Mujer)

**ACTIVIDADES DESARROLLADAS:**

3. Socialización de convocatorias nacionales Fondo emprender y verificación de requisitos de participación.

**RESULTADOS:**

4. 23 personas orientadas de las convocatorias y requisitos de participación

**EVIDENCIAS O SOPORTES: Enuncie los archivos que soportan estos resultados y anexe lo correspondiente en este Informe.**

1. **TIQUETES DE VIAJE**

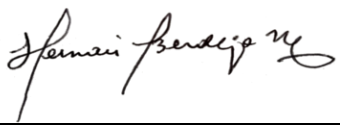
**COMPROMISOS**

| ACTIVIDAD | RESPONSABLE | FECHA |
|---|---|---|
| Visita a Municipio de Puerto Colombia | **Eleazar Bonilla Chipatecua** | **Agosto 2023** |

**DATOS DEL CONTRATISTA**

| NOMBRE Y APELLIDO | FIRMA |
|---|---|
| **ELEAZAR BONILLA CHIPATECUA** |  |

**VISTO BUENO SUPERVISOR**

| CARGO DEL SUPERVISOR | NOMBRE Y APELLIDO SUPERVISOR | FIRMA |
|---|---|---|
| **Líder de Emprendimiento Regional** | **Hernán Berdejo Martinez** |  |