SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

**FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES**
**REGIONAL BOYACÁ**
**CENTRO DE GESTION ADMINISTRATIVA Y FORTALECIMIENTO EMPRESARIAL- BOYACA - BIENESTAR**

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **15** |
| **Código Centro** | **930510** |
| **Fecha Elaboración** | **Setiembre de 2023** |
| **Versión** | **ENERO 2023 - 1,23** |
| **ID de Proceso** | **59918-404364** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | CLAUDIA PATRICIA MESA CHAPARRO | **C.C.** | 1.051.474.130 | **IP/Nº de contacto** | 82567 |
| **Correo electrónico contratista:** | cpmesac@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 ?** NO

**Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000:** NO **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 25800000241

**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:** 4604449/2023 **Nº Compromiso SIIF** **22523**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Valor Total del Contrato** | $ 33.440.000 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 12.210.000 | **8** | **Del** | **01/09/2023** | **Al** | **30/09/2023** | **$ 3.300.000,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 8.910.000 | | Legalización comisiones del periodo | | | $ 0,00 | |

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

SERVICIOS PERSONALES CONTRATAR LOS SERVICIOS PERSONALES PARA ADELANTAR Y DESARROLLAR ACCIONES ORIENTADAS AL FORTALECIMIENTO DEL LIDERAZGO Y DESARROLLO HUMANO INTEGRAL DE LOS APRENDICES QUE FAVOREZCAN SU PERMANENCIA EN EL PROCESO FORMATIVO EN EL MARCO

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 3.300.000 | | 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** | **$ 3.300.000** | | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 2.187.675** | | **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** | ---------- | **4518264897** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 1.320.000 | $ 1.320.000 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 165.000 | $ 165.000 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 211.200 | $ 211.200 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 |
| ARL I | $ 6.900 | $ 6.900 |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 825.000 | $ - | |
| 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 | $ 729.225 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 2.187.675,00 | TARIFA |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 3.300.000,00 | |
| 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 | 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** | **$3.300.000,00** | |

**SON: TRES MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se realizó 1 cronograma para el mes Septiembre con su respectivo registro
Realización de 11 Planes de Mejoramiento - Estrategias de Retención
Taller Psicosocial, prevención de riesgo psicosociales-Prev Suicidio-2428641/2468213/2453729/2454770/2454796/2501469/2501480/271337
Taller Psicosocial, prevención de riesgo psicosociales-Prev Suicidio : 2501491/2620125/2675882/2671484/2557406/2614152/2614153/25015
Atención y seguimiento psicosocial de los aprendices - Programa: ADSO – ficha: 2501469
Orientación para lograr la permanencia por medio la atención de casos en comités de Evaluación y Seguimiento - 139 casos
Realización de 15 Planes de Mejoramiento:2504042-1836033-2508042-2501666-2501666-2501666-269175-2501474-2453828-2364154-2454796-25003
Actas de la identificación de 06 Factores asociados a la discapacidad cognitiva por medio del acompañamiento psicosocial a aprendices
Reunión Mensual de Bienestar al Aprendiz/Planeación SOFIA PLUS/Informe Mensual/Realización Archivo - Evidencias

**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.

**CLAUDIA PATRICIA MESA CHAPARRO**
**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,

**GERMAN VICENTE JIMENEZ MOYANO**
**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**

**MARIA CLEMENCIA PEREZ ZARATE**

**SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)**

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1051474130 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | CLAUDIA PATRICIA MESA CHAPARRO |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | AQUITANIA | DEPARTAMENTO: | BOYACA |
| DIRECCIÓN: | CALLE 12 7 - 78 | TELÉFONO: | 7455585 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | **4518264897** | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES agosto AÑO | 2023 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES agosto AÑO | 2023 |
| DÍAS DE MORA: | | 11 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2023/09/19 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 9995870546 |

**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 |
| 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 211.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 2.600 | $ 0 | $ 211.200 | $ 2.600 | $ 213.800 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 211.200** | **$ 2.600** | **$ 213.800** |

**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 | $ 165.000 | $ 0 | $ 2.000 | $ 0 | $ 165.000 | $ 2.000 | $ 0 | $ 167.000 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 165.000** | **$ 2.000** | **$ 0** | **$ 167.000** |

**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 | $ 6.900 | $ 6.900 | $ 100 | $ 0 | $ 7.000 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 6.900** | **$ 100** | **$ 0** | **$ 7.000** |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | | SALUD | | | | | | | ARP | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | FSP | | | APORTES VOLUNTARIOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | SUBSISTENCIA | SOLIDARIDAD | EMPLEADOR | 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 | | SENA | ICBF | ESAP | MINEDU |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | CC 1051474130 | MESA CHAPARRO CLAUDIA PATRICIA | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.320.000 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 1.320.000 | $ 211.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 211.200 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 30 | $ 1.320.000 | $ 165.000 | $ 0 | $ 165.000 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 1.320.000 | 105147413 | $ 6.900 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| | |
|---|---|
| **TOTAL** | **$ 387.800** |

# MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

## CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1051474130 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

Esta certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

Se expide en Bogotá el 16/08/2023 09:24 AM

_____

**Dirección de Gobierno Digital**

**MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC**

**ecollect: 100000194 - Estampilla Pro-UPTC Confirmación #167128051 NEQUI**

E
ecollect <pagos@ecollect.co>

Para:
- Usted

CC:
- ingresos@uptc.edu.co;
- control.pagoestampillas@uptc.edu.co

Lun 18/09/2023 10:31 AM

Su transacción fue **APROBADA** por la Entidad Financiera

Estamos enviando el comprobante de tu transacción realizada en **UPTC - UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA Y TECNOLÓGICA DE COLOMBIA NIT 8918003301** .

Resumen de la Transacción:

| | |
|---|---|
| Usuario Pagador | 1051474130 |
| Descripción del Pago | 100000194 - Estampilla Pro-UPTC |
| No. Transacción eCollect | 96873900 Descargar aquí |
| No. Autorización/CUS | 167128051 |
| Fecha y Hora | 18/09/2023 10:28:53 a.m. |
| Medio de Pago | NEQUI |
| No. Recibo | 7393349 Descargar |
| Detalle de la transacción | |

Total Pagado $ 34,000.00

Detalle de la Transacción:

| Descripción | Cantidad | Valor Pagado | Valor Servicio |
|---|---|---|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| 100000194 - Estampilla Pro-UPTC | 1 | $ 34,000.00 | COP $34,000.00 |

La información aquí registrada es responsabilidad del usuario, ya que la estampilla es un documento digital único que no podrá ser modificado, para garantizar su integridad. De acuerdo a la Ordenanza 030 del 2005, el valor cancelado debe ser igual al 1% del valor total del contrato en múltiplos de mil. Cualquier inquietud escribir al correo cartera.estampillas@uptc.edu.co.

Guarda el comprobante generado para futuras aclaraciones

ecollect
Seguro para ti

# COMPROBANTE

| NIT | Medio de Pago | No. Transacción | No. Autorización/CUS | Fecha y Hora |
|---|---|---|---|---|
| 8918003301 | NEQUI | 96873900 | 167128051 | 18/09/2023 10:28:53-a.m. |

Razón Social: **UPTC - UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA Y TECNOLÓGICA**

Usuario Pagador: **1051474130**

Descripción del Pago: **100000194 - Estampilla Pro-UPTC**

Dirección IP: **152.200.176.52**

Total Pagado **$ 34,000.00**

| Descripción | Cantidad | Valor Pagado | Valor Servicio |
|---|---|---|---|
| 100000194 - Estampilla Pro- | 1 | $ 34,000.00 | COP$ 34,000.00 |

ecollect
Seguro para ti

| NIT | Medio de Pago | No. Transacción | No. Autorización/CUS | Fecha y Hora |
|---|---|---|---|---|
| **8918003301** | **NEQUI** | **96873900** | **167128051** | **18/09/2023 10:28:53-a.m.** |

**Tipo de Documento**
C.C

**Numero Identificación Contratista**
1051474130

**Nombre Contratista**
Claudia Patricia Mesa Chaparro

**Numero Identificación Contratante**
899999034-1

**Nombre Contratante**
SENA

**Numero de Contrato**
4604449

**Vigencia**
2023

**Base Gravable**
18000000

ecollect
Seguro para ti

| | | |
|---|---|---|
| Uptc Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia | UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA Y TECNOLÓGICA DE COLOMBIA<br><br>ESTAMPILLA PRO DESARROLLO UPTC<br>ORDENANZA 030 DE 2005 | ACREDITACIÓN INSTITUCIONAL DE ALTA CALIDAD MULTICAMPUS<br>RESOLUCIÓN 3910 DE 2015 MEN / 6 AÑOS |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Número Estampilla | 7393349 | | | |
| Contratista: | Claudia Patricia Mesa Chaparro | | | |
| C.C. / Nit / Identificación Contratista: | 1051474130 | | | |
| Objeto del Contrato | Contratar los servicios personales para adelantar y desarrollar acciones orientadas al<br>fortalecimiento del liderazgo y desarrollo humano integral de los Aprendices que | | | |
| Contratante: | SENA | C.C. / Nit / Identificación | 899999034-1 | |
|  | Numero de Contrato: | 4604449 | Vigencia: | 2023 |
| | Base Gravable | $18000000 | Tarifa: 1% del valor neto de cada contrato | $ 34,000.00 |
| | Fecha de Pago: | 18/09/2023 | | |