

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES DIRECCIÓN GENERAL SECRETARÍA GENERAL		Código Regional	1
			Código Centro	101001
			Fecha Elaboración	Setiembre de 2023
			Versión	ENERO 2023 - 1,23
			ID de Proceso	67745-882805
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista: JUAN CAMILO DIAZ GUEVARA Correo electrónico contratista: jcdiazg@sena.edu.co		C.C. 1.098.678.433	IP/N° de contacto 12708	
Régimen del IVA: ☒ NO RESPONSABLE		Pertenece al régimen simple de tributación? ☒ NO		
Banco al cual consignar: BANCOLOMBIA		Inducción SST ☒ SI		
Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a \$53'206.000: ☒ SI		Presta Servicios Excluidos de IVA ? ☒ SI		
		Tipo de cta AHORROS N° Cuenta 29119317647		
		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: 4455910/2023		N° Compromiso SIIF 19623		
Valor Total del Contrato \$ 53.720.079		N ° Pago 9		Valor Bruto Pago \$ 4.539.725,00
Saldo Anterior del Contrato \$ 18.158.900		Periodo objeto de pago		
Nuevo Saldo del Contrato \$ 13.619.175		Del 01/09/2023 Al 30/09/2023		
		Legalización comisiones del periodo \$ 0,00		
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		SERVICIOS PERSONALES: 9-2023-002364 PARA APOYAR A LA SECRETARÍA GENERAL EN LOS TRÁMITES CONTRACTUALES Y ADMINISTRATIVOS, PARTICULARMENTE EN ASPECTOS RELACIONADOS CON EL GRUPO DE GESTIÓN DEL SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL DE LA DIRECCIÓN GENERAL DURANTE		
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios		\$ 4.539.725	Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°	
Ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO		\$ 4.539.725		
BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE		\$ 3.009.469	Menos, Retefuente Otros Ingresos	
			TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO \$ 0	
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
		Setiembre	Agosto	
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----	70071069	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.815.890	\$ 1.815.890	Base retención en la fuente a título de RENTA 3.009.469,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 227.000	\$ 227.000	Base retención en la fuente a título de ICA 4.022.125,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 290.600	\$ 290.600	Valor base IVA 0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00 19%
ARL		\$ 9.500	\$ 9.500	Menos Retención en la Fuente 0,00 0,00%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias \$ 8.835.833		\$ -	\$ -	Menos Retención IVA 0,00 15%
\$ 1.134.931		\$ -	\$ -	Reteica - 8299 38.854,00 0,966%
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		\$ -	\$ -	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		\$ -	\$ -	Otras Retenciones 0,00 0,000%
Dependientes hasta \$ 1.357.184		\$ -	\$ -	
Salud hasta \$ 678.592		\$ -	\$ -	Descuentos de Libranza 0,00
Renta Exenta 25% \$ 2.792.123		\$ 1.003.156	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00
Retención en la Fuente Contingente		\$ -	\$ -	VALOR A PAGAR \$4.500.871,00
SON: CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y UN PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Elaboración de documentos pre contractuales para el proceso de Cirugía Ocular 2023. Elaboración de justificación para apartarse del acuerdo marco de medicamentos durante la vigencia 2023 Participación en reunión con la regional Distrito Capital para analizar apartarse del acuerdo marco de medicamentos Apoyo en la estructuración y evaluación jurídica del proceso de Radiología Oral. Participación en reuniones y mesas de trabajo con organizaciones sindicales Apoyo en respuesta a consultas elevadas por SMA regionales Respuesta a tutela 2023-00082 regional Bolívar Respuesta a tutela 2023-00199 regional Atlántico. Remisión de listado de beneficiarios SMA al contratista Colsubsidio				
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.				
<div style="text-align: right;">  JUAN CAMILO DIAZ GUEVARA EL CONTRATISTA </div>				
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 periodo 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.				
<div style="text-align: right;"> Autorizo el presente pago. El Supervisor  ALEXANDER RAMIREZ MEDINA PROFESIONAL G01(E) </div>				
Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago: <div style="text-align: center;"> EL ORDENADOR DEL PAGO GIGIOLY KATERINE GRIMALDOS ROBAYO SECRETARIA GENERAL </div>				

DATOS DEL APORTANTE							EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	
CC	1098678433	JUAN CAMILO DIAZ GUEVARA		CALLE 104A # 11B-20	6040332	juancamilodiazg@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-08	2023-08	I	04/09/2023	70071069	\$527.100	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	227.000	0		0		0	0	0	0	227.000	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	290.600	0	0	0	0	0	0		290.600	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	9.500				9.500	0	0	9.500			95	9.500	1

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

TOTALES PARAFISCALES				No. Afiliados
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	
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	227.000	227.000
Pensión	1	290.600	290.600
Riesgos Laborales	1	9.500	9.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	527.100	527.100

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1098678433	JUAN CAMILO DIAZ GUEVARA		CALLE 104A # 11B-20	6040332	juancamilodiazg@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2023-08	2023-08	I	04/09/2023	70071069	\$527.100

DETALLE POR COTIZANTE																																																		
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES															
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Columna exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SILN	IOE	IOA	IOB	IOG	IOH	IOI	IOJ	IOK	IOL	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	1098678433	DIAZ GUEVARA JUAN CAMILO	59	0			N																			25-14	1.815.890	290.600	0	0	0	0	0	EPS005	1.815.890	227.000	14-23	1.815.890	1	9.500		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA