SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL DISTRITO CAPITAL
CENTRO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA- BTÁ D.C.

Código Regional	**11**
Código Centro	**940410**
Fecha Elaboración	**Octubre de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**79718-149008**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	MARIA NOHEMI FORERO RAMIREZ	**C.C.**	23.581.884	**IP/Nº de contacto**	16074
Correo electrónico contratista:	mnforeror@misena.edu.co				

Régimen del IVA: NO RESPONSABLE **Pertenece al régimen simple de tributación?** NO **Es declarante de renta?** SI **Es Pensionado?** NO

Banco al cual consignar: DAVIVIENDA **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** 004570089047

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: 5191262/2023 **Nº Compromiso SIIF** **81623**

Valor Total del Contrato	$ 21.890.954	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 14.638.736	**3**	**Del**	**01/09/2023**	**Al**	**30/09/2023**	**$ 4.029.010,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 10.609.726		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

Suministrar servicios personales de carácter temporal, impartiendo la Formación Profesional Integral, de acuerdo con la programación establecida por el Centro de Gestión Administrativa para las jornadas académicas diurna, nocturna, madrugada y fines de semana en su sede principal, subsede y organizaciones, ejecutando acciones bajo la modalidad presencial para Formación Titulada y/o Formación

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.029.010		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	**$ 4.029.010**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.423.269**		**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	----------	**70737223**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.611.604	$ 1.611.604
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 201.500	$ 201.500
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 257.900	$ 257.900
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 8.500	$ 8.500
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 / $ 1.007.252	$ -	
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	$ 330.085	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 807.756	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.423.269,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.569.610,00	
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	34.482,00	0,966%
-	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	**$3.994.528,00**	

SON: TRES MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS VEINTIOCHO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Orientar Formación Profesional Integral a los aprendices según programación de fichas.
Acompañamiento a los aprendices en el desarrollo de procesos formativos y/o productivos.
Actualizar contenidos y tecnologías en las diversas competencias del programa de formación.
Elaboración y entrega de formatos y documentos requeridos en el proceso académico administrativo.

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.

MARIA NOHEMI FORERO RAMIREZ
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,

NURY PATRICIA MALDONADO ZARATE
INSTRUCTOR G20

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

WAINE ANTONY TRIANA ALBIS

SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	23581884	MARIA NOHEMI FORERO RAMIREZ	CL 25C No. 81 A - 25	3107968785	mnforeror@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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-08	2023-08	I	21/09/2023	70737223	$501.000	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	201.500	0		0		0	1	300	0	201.800	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	257.900	0	0	0	0	1	300	0	258.200	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	8.500				8.500	1	100	8.600			85	8.600	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	32.300	1	100	32.400	1

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	201.500	201.800
Pensión	1	257.900	258.200
Riesgos Laborales	1	8.500	8.600
CCF	1	32.300	32.400
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	500.200	501.000

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	23581884	MARIA NOHEMI FORERO RAMIREZ		CL 25C No. 81 A - 25	3107968785	mnforeror@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	21/09/2023	70737223	$501.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																			PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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	23581884	FORERO RAMIREZ MARIA NOHEMI	59	0			N																	25-14	1.611.604	257.900	0	0	0	0	EPS008	1.611.604	201.500	14-23	1.611.604	1	8.500	CCF24	1.611.604	32.300	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | salud
Plan Complementario

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

El(la) señor(a) MARIA NOHEMI FORERO RAMIREZ identificado(a) con Cedula Ciudadania No. 23581884, funcionario(a) de MARIA NOHEMI FORERO RAMIREZ, tiene un contrato de PC ESPECIAL CON POS con COMPENSAR EPS, con una vigencia desde 01/05/2021 hasta 30/04/2022 por el cual ha cancelado la suma de DOS MILLONES NOVECIENTOS SESENTA Y SEIS MIL CUATROCIENTOS SESENTA PESOS ($2.966.460,00) A continuación se relacionan los pagos efectuados desde el 01/05/2021 a la fecha.

.

Número de Recibo	Fecha de Pago	Valor Pagado
15964097	20210510	$ 241,710
15987222	20210614	$ 241,710
15987223	20210714	$ 241,710
15987224	20210812	$ 241,710
15987225	20210911	$ 241,710
15987226	20211015	$ 241,710
15987227	20211111	$ 241,710
15987228	20211211	$ 241,710
15987229	20220114	$ 258,195
15987230	20220214	$ 258,195
15987231	20220311	$ 258,195
15987232	20220411	$ 258,195
Total		**$ 2,966,460**

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), en Bogotá a los 10 días del mes de octubre de 2023.

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS. Cualquier aclaración, con gusto será atendida en nuestra Línea de Atención de Servicios de Salud (601) 3078088, exclusiva para Plan

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio

Complementario Especial y Plan Complementario Vital.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO COMPENSAR

CER-PAS 13100793

VIGILADO Supersalud

VIGILADO SuperSubsidio

compensar | salud
Plan Complementario

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

El(la) señor(a) MARIA NOHEMI FORERO RAMIREZ identificado(a) con Cedula Ciudadania No. 23581884, funcionario(a) de MARIA NOHEMI FORERO RAMIREZ, tiene un contrato de PC ESPECIAL CON POS con COMPENSAR EPS, con una vigencia desde 01/05/2022 hasta 30/04/2023 por el cual ha cancelado la suma de CUATRO MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS PESOS ($4.657.800,00) A continuación se relacionan los pagos efectuados desde el 01/05/2022 a la fecha.

.

Número de Recibo	Fecha de Pago	Valor Pagado
17927904	20220521	$ 366,030
17929673	20220609	$ 366,030
17929674	20220711	$ 366,030
17929675	20220816	$ 366,030
17929676	20220909	$ 366,030
17929677	20221013	$ 366,030
17929678	20221115	$ 366,030
17929679	20221213	$ 366,030
18853141	20230114	$ 432,390
18853142	20230214	$ 432,390
18853143	20230311	$ 432,390
18853144	20230413	$ 432,390
Total		**$ 4,657,800**

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), en Bogotá a los 10 días del mes de octubre de 2023.

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS. Cualquier aclaración, con gusto será atendida en nuestra Línea de Atención de Servicios de Salud (601) 3078088, exclusiva para Plan

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio

Complementario Especial y Plan Complementario Vital.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO COMPENSAR

CER-PAS 13100798

VIGILADO Supersalud

VIGILADO SuperSubsidio