SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

**FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES**
**REGIONAL CASANARE**
**CENTRO AGROINDUSTRIAL Y FORTALECIMIENTO EMPRESARIAL DE CASANARE - SERVICIOS PREST**

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **85** |
| **Código Centro** | **951910** |
| **Fecha Elaboración** | **Noviembre de 2023** |
| **Versión** | **ENERO 2023 - 1,23** |
| **ID de Proceso** | **39747-832329** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | JULIAN ALBERTO RAMIREZ LOSADA | **C.C.** | 6.805.609 | **IP/Nº de contacto** | 17168 |
| **Correo electrónico contratista:** | jramirezl@sena.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:** BANCO DE BOGOTA **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** SI

**Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000:** SI **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 646650085

**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:** | 4505274/2023 | | | **Nº Compromiso SIIF** | **4823** | | |
| **Valor Total del Contrato** | $ 42.178.500 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 10.176.400 | **9** | **Del** | **01/10/2023** | **Al** | **31/10/2023** | **$ 4.017.000,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 6.159.400 | | Legalización comisiones del periodo | | | $ 0,00 | |

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

INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES PARA ORIENTAR FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL PRESENCIAL QUE EL CENTRO PROGRAME EN SEDE PRINCIPAL, SUBSEDES O MUNICIPIOS DEL ÁREA DE INFLUENCIA, PARA RED DE CONOCIMIENTO ARTES GRAFICAS, RAD.85-9-2023-000258

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 4.017.000 | | 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** | **$ 4.017.000** | | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 2.662.950** | | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

## LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR

| | Octubre | Setiembre | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | ---------- | **7900529850** | Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 2.662.950,00 | TARIFA |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 1.606.800 | $ 1.606.800 | Base retención en la fuente a titulo de ICA | 4.017.000,00 | |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 200.900 | $ 200.900 | Valor base IVA | 0,00 | |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 257.100 | $ 257.100 | IVA (Si es RESPONSABLE) | 0,00 | 19% |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 | Menos Retención en la Fuente | 0,00 | 0,00% |
| ARL I | $ 8.400 | $ 8.400 | Menos Retencion IVA | 0,00 | 15% |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 1.004.250 | $ - | | Reteica - 8299 | 40.170,00 | 1,000% |
| | | | - | 0,00 | |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC $ 13.430.466 | $ - | | - | 0,00 | |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $ 13.430.466 | $ - | | - | 0,00 | |
| 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 | $ 887.650 | | Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | | | | |
| | | | **VALOR A PAGAR** | **$3.976.830,00** | |

**SON: TRES MILLONES NOVECIENTOS SETENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS TREINTA PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Programa de formación: Tc Integracion de contenidos digitales
Competencia:
* ANIMAR EL CONTENIDO DE ACUERDO CON TÉCNICAS Y PROYECTO AUDIOVISUAL
Resultado de Apredizaje:
* CREAR LA SECUENCIA DE LA ANIMACIÓN DE ACUERDO CON EL STORYBOARD DE LA ESTRATEGIA DIGITAL.
Lugar de Desarrollo: Yopal - Casanare
Fase: Planeación
Ficha 2713447: 93 horas - Ficha 2675348: 50 horas - Desarrollo curricular: 40 horas
Total horas ejecutadas en el mes: 183 horas. Total cobradas 160 horas

**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.

**JULIAN ALBERTO RAMIREZ LOSADA**
**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,

**MONICA LUCIA MANCIPE RIVERA**
**INSTRUCTOR G11**

**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**

**JOHANA ASTRID MEDINA PEÑA**

**DIRECTORA REGIONAL CON FUNCIONES DE SUBDIRECTOR DE CENTRO**

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 6805609 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | JULIAN ALBERTO RAMIREZ LOSADA |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | YOPAL | DEPARTAMENTO: | CASANARE |
| DIRECCIÓN: | CR 12 B N 36 09 | TELÉFONO: | 6350040 |
| 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: | | | | **7900529850** | TIPO DE PLANILLA: | | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | septiembre | AÑO | 2023 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | septiembre | AÑO 2023 |
| DÍAS DE MORA: | | | | 6 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | | | 2023/10/10 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | | 212102441 |

**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 |
| 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 257.100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 1.600 | $ 0 | $ 257.100 | $ 1.600 | $ 258.700 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 257.100** | **$ 1.600** | **$ 258.700** |

**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 |
| EPS005 | EPS005-SANITAS S.A. | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 200.900 | $ 0 | $ 1.300 | $ 0 | $ 200.900 | $ 1.300 | $ 0 | $ 202.200 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 200.900** | **$ 1.300** | **$ 0** | **$ 202.200** |

**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 | $ 8.400 | $ 8.400 | $ 100 | $ 0 | $ 8.500 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 8.400** | **$ 100** | **$ 0** | **$ 8.500** |

**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 | ADMIN | TOTAL APORTE | SENA | TOTAL APORTE | ICBF | TOTAL APORTE | ESAP | TOTAL APORTE | MINEDU | TOTAL APORTE |
| 1 | CC 6805609 | RAMIREZ LOSADA JULIAN ALBERTO | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.606.800 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301-PORVENIR | 30 | $ 1.606.800 | $ 257.100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 257.100 | EPS005-SANITAS S.A. | 30 | $ 1.606.800 | $ 200.900 | $ 0 | $ 200.900 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 1.606.800 | 6805609 | $ 8.400 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| | |
|---|---|
| **TOTAL** | **$ 469.400** |