SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

**FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES**
**REGIONAL QUINDÍO**
**CENTRO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO-QUINDIO**

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **63** |
| **Código Centro** | **953810** |
| **Fecha Elaboración** | **Noviembre de 2023** |
| **Versión** | **ENERO 2023 - 1,23** |
| **ID de Proceso** | **79300-498777** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

**Nombres y apellidos contratista:** JAIRO LEONARDO FIERRO MOYA
**Correo electrónico contratista:** jlfierrm@gmail.com
**C.C.** 79.783.045 **IP/Nº de contacto** 62689

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

**Banco al cual consignar:** NEQUI **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** 87054758146

**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:** 5308616/2023 **Nº Compromiso SIIF** 87423

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Valor Total del Contrato** | $ 15.130.700 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 6.025.500 | **4** | **Del** | **01/11/2023** | **Al** | **30/11/2023** | **$ 4.017.000,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 2.008.500 | | Legalización comisiones del periodo | | | $ 0,00 | |

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

INSTRUCTOR: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL COMPLEMENTARIA EN LA MODALIDAD PRESENCIAL CONFORME A LOS MODELOS FORMATIVOS ESTABLECIDOS EN EL CENTRO DE COMERCIO Y TURISMO DEL SENA REGIONAL QUINDÍO PARA POBLACIÓN V

## 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

| | Noviembre | Octubre |
|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | ---------- | **8371995245** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 1.606.800 | $ 1.606.800 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 200.900 | $ 200.900 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 257.100 | $ 257.100 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 |
| ARL I | $ 8.400 | $ 8.400 |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 1.004.250 | $ - | |
| 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 | $ 887.650 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 2.662.950,00 | TARIFA |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 0,00 | |
| 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 | 0,000% |
| - | 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** | **$4.017.000,00** | |

**SON: CUATRO MILLONES DIECISIETE MIL PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se elaboró la planeación de los encuentros del periodo contractual para el programa complementario Liderazgo Efectivo.
Se elaboró la planeación de los encuentros del periodo contractual para el programa complementario Habilidades para enfrentar nuevos .
Se elaboró la planeación de los encuentros del periodo contractual para el programa complementario Liderazgo e innovacion para la paz
Se ejecuta la formación profesional integral de acuerdo con los lineamentos institucionales requeridos por el SENA. Según planeación.
Se realiza alistamiento y ejecución de la formación para las fichas asignadas durante el presente periodo.
Recepción de documentos registro de aprendices en las fichas asignadas por el programa de Atención a Población Víctima.
Se da a conocer a los aprendices en el proceso de sensibilización el reglamento correspondiente
Se atienden oportunamente las solicitudes y requerimientos y se hace entrega del informe de las actividades realizadas.
Y Las demás actividades desarrolladas se reflejan en el informe mensual de ejecución contractual.

**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.

**JAIRO LEONARDO FIERRO MOYA**
**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,

**JOHN DANILO PEREZ ROJAS**
**INSTRUCTOR**

**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**

**CESAR AUGUSTO OSPINA PUERTAS**

**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02**

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

**Señor(a):** JAIRO LEONARDO FIERRO MOYA
**No. Identificación:** CC79783045
**Dirección:** CLL 63 K # 119 15
**Telefono:** 4356543
**Correo:** jlfierrm@gmail.com
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C.
**Número de Planilla:** 8371995245

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombre Aportante** | JAIRO LEONARDO FIERRO MOYA | **Número de Empleados** | 1 |
| **Tipo y número de identificación** | CC79783045 | **Periodo de Cotización Salud** | octubre de 2023 |
| **Número de planilla** | 8371995245 | **Periodo de Cotización Pensión** | octubre de 2023 |
| **Fecha pago** | 2023-11-22 | **Número de Administradoras** | 3 |
| **Número de autorización pago** | 71995245 | **Total Pagado** | 482900 |
| **Banco** | 1052 | **Total Intereses de Mora** | 3900 |

PAGADA
8371995245

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-23 | POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS | 8800 | 1 |
| 231001 | Colfondos | 266100 | 1 |
| EPS008 | Compensar EPS | 208000 | 1 |

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 79783045
APELLIDOS Y NOMBRES: JAIRO LEONARDO FIERRO MOYA

| Cód. EPS | Cód. AFP | IBC SALUD | IBC PENSIÓN | IBC RIESGOS | IBC CAJAS | COTIZACIÓN SALUD | VALOR UPC | COTIZACIÓN PENSIÓN | FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN RIESGOS | APORTE CAJAS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS008 | 231001 | 1650000 | 1650000 | 1650000 | 0 | 206300 | 0 | 264000 | 0 | 8700 | 0 |

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

Banco AV Villas

# COMPROBANTE PAGO DE PLANILLA ASISTIDA PILA

| Número de identificación del Aportante / Pin Único | Valor a Pagar $: |
|---|---|
| 79783045 | 482.900 |

Si usted va a realizar el pago con el número de Planilla, diligencie esta sección:

**PAGO CON NÚMERO DE PLANILLA**

Número de Planilla: 8 3 7 1 9 9 5 2 4 5

Si usted va a realizar el pago con Pin Único, diligencie esta sección:

**PAGO CON PIN ÚNICO**

Operador de Información: _____

Periodo de Cotización a Pagar: Año ____ Mes ____

ESTIMADO CLIENTE:
VERIFIQUE QUE LA INFORMACIÓN IMPRESA EN EL COMPROBANTE SEA CORRECTA Y QUE EL VALOR REGISTRADO CORRESPONDA AL VALOR ORDENADO POR USTED. EL BANCO NO TENDRÁ COPIA DE ESTE FORMATO. EL SOPORTE DE LA TRANSACCIÓN SERÁ EL REGISTRO EN EL SISTEMA. RECUERDE QUE ESTE SERÁ EL ÚNICO SOPORTE FÍSICO DE SU TRANSACCIÓN. CONSERVELO PARA CUALQUIER VERIFICACIÓN.

AVV 311 20231122 11:57 SC 128 LINEA D
VR PAGADO: 482,900.00
NOMBRE:COMPENSAR
CLAVE:8371995245 D
ID:79783045
Fecha Aplicación:20231122 PIN:115757
Estimado cliente: Verifique los datos de su pago. Después de retirarse de la ventanilla no se aceptan reclamos.

Impreso por dispapeles SAS NIT 860078580-2 60