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	**Diciembre de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**94066-611328**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	CLEMENCIA FAJARDO ARBELAEZ	**C.C.**	41.888.366	**IP/Nº de contacto**	62814
Correo electrónico contratista:	cfajardo@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: 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** 136100137928

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: 5197152/2023 **Nº Compromiso SIIF** **75023**

Valor Total del Contrato	$ 14.523.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 3.090.000	**5**	**Del**	**01/11/2023**	**Al**	**30/11/2023**	**$ 3.090.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 0		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR:ORIENTAR FORMACIÃ“N PROFESI INTEG TITULADA COMPLEMENTARIA PRESENC/VIRTUAL 2023-02-262215

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.090.000		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	**$ 3.090.000**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.048.400**		**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	----------	**8627604276**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.236.000	$ 1.236.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 154.500	$ 154.500
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 197.800	$ 197.800
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 6.500	$ 6.500
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 772.500	$ -	
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	$ 682.800	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.048.400,00	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	**$3.090.000,00**	

SON: TRES MILLONES NOVENTA MIL PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se proyecta la planeación de la formación que se va a impartir, de acuerdo a los lineamientos institucionales
Se ejecuta la formación profesional integral de acuerdo con los lineamentos institucionales requeridos por SENA. Según planeación de l
Se registra formación complementaria, se verifica y se asocia a ruta
Se aplica y se hace cumplir el reglamento en los grupos que imparto formación complementaria
Se atiende PLAN PADRINO de la solicitud de apoyo para el seguimiento a aprendices que finalizaron su etapa productiva
Se acatan los lineamientos del sistema de seguridad y salud en el trabajo y se realizar la actualización del mismo exitosamente
Se atender oportunamente las solicitudes y requerimientos hechos por la Subdirección del Centro, Coordinación Académica, Supervisor
Las demás necesarias para el cabal cumplimiento del objeto 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.

CLEMENCIA FAJARDO ARBELAEZ
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,

CARMEN EUGENIA MARULANDA RIOS
INSTRUCTOR

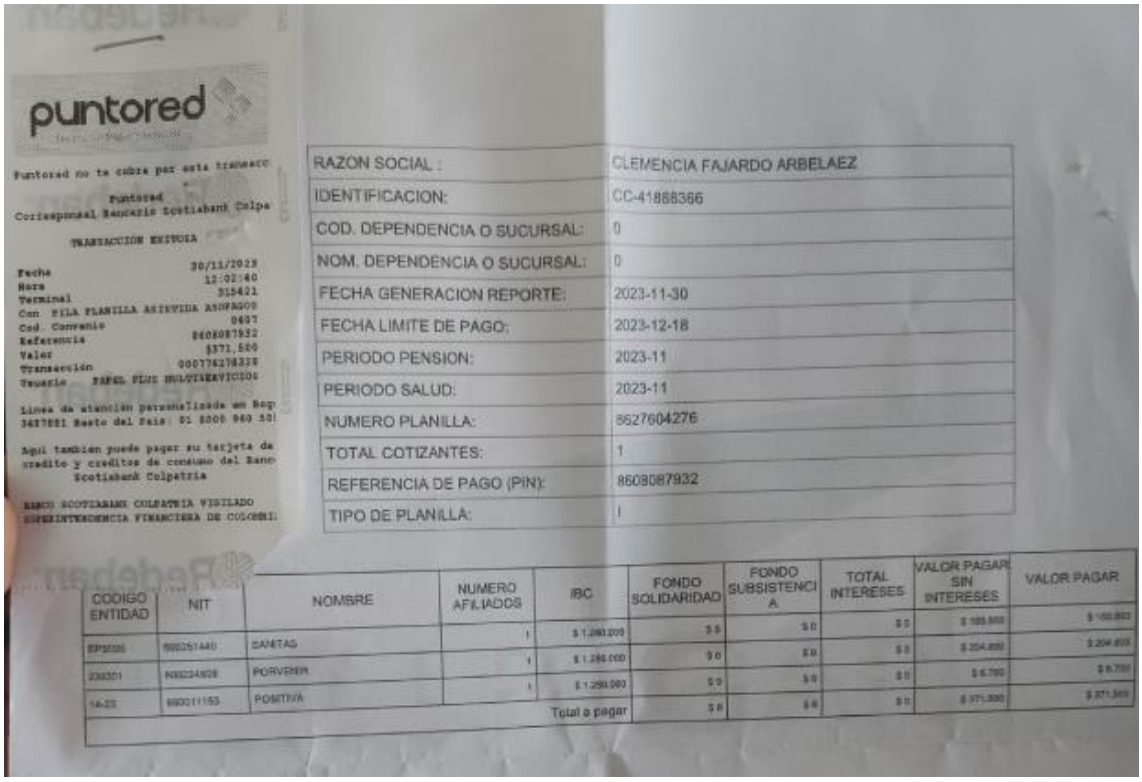
Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:

EL ORDENADOR DEL PAGO

CESAR AUGUSTO OSPINA PUERTAS

SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

PAGO SEGURIDAD SOCIAL OCTUBRE 2023



puntored

Puntored no te cobra por esta transacc

Puntored
Corresponsal Bancario Scotiabank Colpa

TRANSACCION EXITOSA

Fecha	30/11/2023
Hora	12:02:40
Terminal	315421
Con PILA PLANILLA ASISTIDA ASOPAGOS	
Cod. Convenio	0407
Referencia	8608087932
Valor	$371,500
Transaccion	000776278328
Usuario	PAPEL PLUS MULTISERVICIOS

Linea de atención personalizada en Bog
3487881 Resto del Pais: 01 8000 960 50

Aqui tambien puede pagar su tarjeta de credito y creditos de consumo del Banco Scotiabank Colpatria

BANCO SCOTIABANK COLPATRIA VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBI

RAZON SOCIAL :	CLEMENCIA FAJARDO ARBELAEZ
IDENTIFICACION:	CC-41888366
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2023-11-30
FECHA LIMITE DE PAGO:	2023-12-18
PERIODO PENSION:	2023-11
PERIODO SALUD:	2023-11
NUMERO PLANILLA:	8627604276
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8608087932
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	$ 1.280.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 160.000	$ 160.000
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 1.280.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 204.800	$ 204.800
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 1.280.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 6.700	$ 6.700
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 371.500	$ 371.500

puntored

Puntored no te cobra por esta transacc

Puntored
Corresponsal Bancario Scotiabank Colpa

TRANSACCION EXITOSA

Fecha	30/11/2023
Hora	12:02:40
Terminal	315421
Con PILA PLANILLA ASISTIDA ASOPAGOS	
Cod. Convenio	0407
Referencia	8608087932
Valor	$371,500
Transaccion	000776278328
Usuario	PAPEL PLUS MULTISERVICIOS

Linea de atención personalizada en Bog
3487881 Resto del Pais: 01 8000 960 50

Aqui tambien puede pagar su tarjeta de credito y creditos de consumo del Banco Scotiabank Colpatria

BANCO SCOTIABANK COLPATRIA VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBI

RAZON SOCIAL :	CLEMENCIA FAJARDO ARBELAEZ
IDENTIFICACION:	CC-41888366
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2023-11-30
FECHA LIMITE DE PAGO:	2023-12-18
PERIODO PENSION:	2023-11
PERIODO SALUD:	2023-11
NUMERO PLANILLA:	8627604276
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8608087932
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	$ 1.280.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 160.000	$ 160.000
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 1.280.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 204.800	$ 204.800
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 1.280.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 6.700	$ 6.700
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 371.500	$ 371.500