SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL TOLIMA
CENTRO AGROPECUARIO LA GRANJA-TOLIMA

Código Regional	**73**
Código Centro	**912310**
Fecha Elaboración	**Diciembre de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**77089-678309**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	SANDRA MILENA QUINTERO RAMIREZ	**C.C.**	52.094.098	**IP/Nº de contacto**	3004239730
Correo electrónico contratista:	sanquintero@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: BANCO COLPATRIA **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** 122033301

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: 5154440/2023 **Nº Compromiso SIIF** **115723**

Valor Total del Contrato	$ 20.434.667	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 1.940.000	**6**	**Del**	**01/12/2023**	**Al**	**15/12/2023**	**$ 1.940.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 0		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)

Prestación servicios personales de carácter temporal como Instructor para planear, ejecutar y orientar la Formación Profesional Integral en las redes y áreas temáticas de formación, que programe el Centro Agropecuario La Granja en sus diferentes niveles en modalidad presencial, virtual y a distancia, atendiendo las políticas institucionales y la normatividad vigente.

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 1.940.000		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0,00%
			Retencion en la Fuente del Periodo	$ 19.400
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 3.880.000			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 5.820.000**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 19.400
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 3.344.175**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Diciembre	Noviembre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**73238598**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.160.000	$ 1.552.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 145.000	$ 194.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 185.600	$ 248.400
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 6.100	$ 8.200
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 1.455.000	$ -	
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	$ 248.400	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 194.000	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 8.200	
Dependientes hasta $ 1.357.184	$ 582.000	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 1.114.725	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

		TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de RENTA	3.344.175,00	
Base retención en la fuente a titulo de ICA	1.940.000,00	
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 - 8551	9.700,00	0,500%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Pro-Universidad	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	**$1.930.300,00**	

SON: UN MILLÓN NOVECIENTOS TREINTA MIL TRESCIENTOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Obligación 1. Se realiza el reporte de las fichas asignadas del mes de Diciembre. Obligación 8. Se realiza preparación de la presentación de la video conferencia semanal. Se orienta actividad correspondiente según cronograma dentro de la video conferencia semanal, se responde correos internos y el foro de dudas inquietudes, se realiza atención semanal dentro del horario establecido para cada ficha. Se realiza anuncios informativos y motivacionales de las siguiente fichas: Curso Acciones de Prevención en Salud Mental 2888517- Acciones de Prevención en Salud Mental 2888518 – Acciones de Prevención en Salud Mental 2888519 - Acciones de Prevención en Salud Mental 2888520. Obligación 11. Se registran juicios de evaluación de las siguientes fichas del curso: Acciones de Prevención en Salud Mental 2888517- Acciones de Prevención en Salud Mental 2888518 – Acciones de Prevención en Salud Mental 2888519 - Accion de Prevención en Salud Mental 2888520. De las anteriores se realiza anuncio de cuadro de honor por cada actividad referida. Y un anuncio finalizando el curso con los aprobados. Se registra en sofia los juicios de evaluación final.

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.

SANDRA MILENA QUINTERO 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,

ANDRES JOSUE PIÑEROS HERNANDEZ
COORDINADOR ACADÉMICO

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

JUAN CAMILO SOTO DIAZ

SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

131223DR10

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	52094098	SANDRA MILENA QUINTERO RAMIREZ	CRA 80 #8C-85 AP 932	3004239730	quintero.mile@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	
2023-11	2023-11	I	13/12/2023	73238598	$481.700	

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	194.000	0		0		0	0	0	0	194.000	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
231001	Colfondos	800227940-6	248.400	0	0	0	0	0	0		248.400	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	8.200				8.200	0	0	8.200			82	8.200	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	31.100	0	0	31.100	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	194.000	194.000
Pensión	1	248.400	248.400
Riesgos Laborales	1	8.200	8.200
CCF	1	31.100	31.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	481.700	481.700

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	52094098	SANDRA MILENA QUINTERO RAMIREZ	CRA 80 #8C-85 AP 932	3004239730	quintero.mile@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	
2023-11	2023-11	I	13/12/2023	73238598	$481.700	

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	52094098	QUINTERO RAMIREZ SANDRA MILENA	59	0			N																	231001	1.552.000	248.400	0	0	0	0	EPS008	1.552.000	194.000	14-23	1.552.000	1	8.200	CCF24	1.552.000	31.100	0	0	0	0	0

PAGADA

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

FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Espinal , Tolima. 12 de diciembre de 2023

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Ciudad

Asunto: Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.

Bajo la gravedad del juramento, en mi calidad de contratista de prestación de servicios personales y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario y el artículo 1.2.4.1.18. del Decreto 1625 de 2016, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

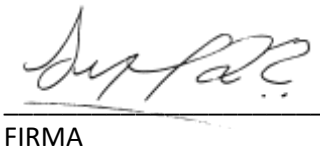
C.C.	**1034658889**	**Juan Felipe Tonguino Quintero**	**HIJO**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Hijo entre 18 y 23 años, y me encuentro financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES ' o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados

Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad arriba citada.

Igualmente, con mi firma declaro: que NINGUNA PERSONA ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.
Cordialmente,



FIRMA
Nombre: _Sandra Milena Quintero R
C.C. 52094098

UNIVERSIDAD EAN
NIT. 860.026.058-1

UNIVERSIDAD EAN SNIES 2812 Personería Jurídica Res. No. 2898 del Minjusticia - 16/05/69 Vigilada Mineducación
Con Acreditación Institucional de Alta Calidad, Res. nº. 23654 del Mineducación - 10/12/21, vigencia 10/12/27.

NOMBRE	JUAN FELIPE TONGUINO QUINTERO	RECIBO DE PAGO	220000420621
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	TI 1034658889	FECHA DE RECIBO	14.11.2023
BP	1000243999	REFERENCIA	202300057953
PROGRAMA	MERCADEO Y ESTRATÉGIA COMERCIAL	PERIODO	2024 - 001

CODIGO	CONCEPTO	CRÉDITOS	VALOR(COP)
02000411	Matrícula - PFPMECBOG001		9.684.000
	Descuento COLSUBSIDIO 10%		1.022.200-
02000411	Matrícula - PFPMECBOG001		538.000
- 01003112	- CUSTOMER RELATIONSHIP MANAGEMENT	2	
- 01002768	- PRINCIPIOS DE MICROECONOMÍA	3	
- 01003121	- NEUROMARKET Y COMPORTAM DEL CONSUMIDOR	2	
- 01002770	- PROBABILIDAD Y ESTADÍSTICA	3	
- 01002413	- CONTABILIDAD FINANCIERA	3	
- 01000334	- INTRODUCCIÓN A LA ADMINISTRACIÓN	3	
- 01002408	- CÁLCULO DIFERENCIAL	3	
VALOR TOTAL		19	9.199.800

FECHAS DE PAGO		VALOR(COP)
PAGO ORDINARIO HASTA 2024.02.05		9.199.800
PAGO EXTRAORDINARIO HASTA 2024.02.09	4 % DE RECARGO	9.608.680

OBSERVACIONES

El no pago de un cheque presentado en tiempo, acarreará una sanción del 20% del importe del cheque que deberá ser asumido y pagado a la universidad EAN en los términos del artículo 731 del C.CO. Recibos de pago Derechos de grado Privado tienen descuento de $ 131.000 y los Derechos de grado Colectivo cuentan con un descuento de$22.000, incluido a la tarifa emitida para 2021, valor Derechos de Grado$800.000, Homologaciones con 60% descuento.

(COPIA DE ESTUDIANTE)

UNIVERSIDAD EAN
NIT. 860.026.058-1

NOMBRE	JUAN FELIPE TONGUINO QUINTERO	RECIBO DE PAGO	220000420621
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	TI 1034658889	FECHA DE RECIBO	14.11.2023
BP	1000243999	REFERENCIA	202300057953

FECHA DE PAGO	VALOR(COP)
PAGO ORDINARIO HASTA 2024.02.05	9.199.800
PAGO EXTRAORDINARIO HASTA 2024.02.09	9.608.680

FORMA DE PAGO		
COD.BANCO	No.CHEQUE	VALOR(COP)
EFECTIVO		
OTROS MEDIOS DE PAGO		
OTROS MEDIOS DE PAGO		
VALOR TOTAL		

ENTIDADES PARA PAGOS

BANCO AV VILLAS
BANCO SUDAMERIS
BANCO ITAU
BANCO DE BOGOTÁ
BANCO BBVA
BANCO DAVIVIENDA

PAGO ORDINARIO HASTA 20240205 $ 9199800

(415)7709998000995(8020)041000243999202300057953(3900)09199800(96)20240205

PAGO EXTRAORDINARIO HASTA 20240209 $ 9608680

(415)7709998000995(8020)041000243999202300057953(3900)09608680(96)20240209

Para pagos con tarjeta crédito y débito las oficinas Av Villas habilitadas son:
CC. TITAN
CC. EL EDEN
CC. NIZA

(COPIA ENTIDAD FINANCIERA)