SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL ATLÁNTICO
CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS- ATLÁNTICO

Código Regional	**8**
Código Centro	**930210**
Fecha Elaboración	**29 de Febrero de 2024**
Versión	**ENERO 2024 - 1,24**
ID de Proceso	**45402-320624**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	KATIA MERCEDES GONZALEZ SANDOVAL	**C.C.**	32.875.338	**IP/Nº de contacto**	3145450910
Correo electrónico contratista:	katiamgs24@hotmail.com				

Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Pertenece al régimen simple de tributación?**	NO	**Es declarante de renta?**	NO	**Es Pensionado?**	NO
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA	**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**	48176325766		
		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:	5770237/2024		**Nº Compromiso SIIF**	**28624**		
Valor Total del Contrato	$ 35.501.085	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**			**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 34.496.405	**2**	**Del**	**01/02/2024**	**Al** **29/02/2024**	**$ 3.347.752,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 31.148.653		Legalización comisiones del periodo		$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripción del servicio prestado)

INSTRUCTOR: FORMACION REGULAR TITULADA Y COMPLEMENTARIA PARA EL PROGRAMA FORMACIÓN ENFERMERIA. RADICADO 08-9-2024-001784. PZO 17 DIC

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.347.752		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	$ 1.004.680			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 4.352.432**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.889.399**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Febrero	Enero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**9462756509**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.339.101	$ 260.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 167.400	$ 32.500
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 214.300	$ 41.600
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 7.000	$ 1.400
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 9.805.208 $ 1.088.108	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC $ 14.903.916	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $ 14.903.916	$ -	
Intereses Préstamo de Vivienda $ 4.706.500	$ -	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 62.400	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 48.800	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 2.100	
Dependientes hasta $ 1.506.080	$ -	
Salud hasta $ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25% $ 3.098.445	$ 963.133	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.889.399,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	2.966.052,00	
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	29.661,00	1,000%
-	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	**$3.318.091,00**	

SON: TRES MILLONES TRESCIENTOS DIECIOCHO MIL NOVENTA Y UN PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

IMPARTIR SERVICIOS PERSONALES CARACTER TEMPORAL PARA LA FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL,EN FORMACION REGULAR TITULADA Y COMPLEMENTARIA FICHA 2825536

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.

KATIA MERCEDES GONZALEZ SANDOVAL
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,

PATRICIA ROSMARY SERRANO SANTIAGO
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

ELIZABETH TUBERQUIA VANEGAS

SUBDIRECTORA DE CENTRO G02

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 32875338		GONZALEZ SANDOVAL KATIA MERCEDES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 35 C# 27C 99	SOLEDAD-ATLANTICO	3662756	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-01	2024-01	448639691	9462756509	I	2024/02/09	2024/02/12	BANCO DAVIVIENDA	3	$113,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$390,000	$62,400			$390,000	$48,800			$0	$0			$390,000	$2,100		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$390,000	$62,400			$390,000	$48,800			$0	$0			$390,000	$2,100		$0	$0
Ciudad: SOLEDAD Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)					$390,000	$62,400			$390,000	$48,800			$0	$0			$390,000	$2,100		$0	$0
1	CC 32875338	GONZALEZ KATIA	25-14	9	$390,000	$62,400	EPS010	9	$390,000	$48,800		0	$0	$0	14-23	9	$390,000	$2,100	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$390,000	$62,400			$390,000	$48,800			$0	$0			$390,000	$2,100		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 32875338		GONZALEZ SANDOVAL KATIA MERCEDES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 35 C# 27C 99	SOLEDAD-ATLANTICO	3662756	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-01	2024-01	448639691	9462756509	I	2024/02/09	2024/02/12	BANCO DAVIVIENDA	3	$113,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$62,400	$200	$0	$62,600
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$62,400	$200	$0	$62,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$2,100	$100	$0	$2,200
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$2,100	$100	$0	$2,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$48,800	$200	$0	$49,000
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$48,800	$200	$0	$49,000
TOTAL				1	$113,300	$500	$0	$113,800