SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

**FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES**
**REGIONAL DISTRITO CAPITAL**
**CENTRO DE SERVICIOS FINANCIEROS- BTÁ D.C**

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **11** |
| **Código Centro** | **940510** |
| **Fecha Elaboración** | **Febrero de 2024** |
| **Versión** | **ENERO 2024 - 1,24** |
| **ID de Proceso** | **64891-942856** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | URIEL HUMBERTO QUIROGA PARRA | **C.C.** | 79.308.782 | **IP/Nº de contacto** | 3108504869 |
| **Correo electrónico contratista:** | quriel@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:** BANCOLOMBIA **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** 17473171147

**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:** 5759308/2024 **Nº Compromiso SIIF** **6524**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Valor Total del Contrato** | $ 24.411.400 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 23.071.750 | **2** | **Del** | **01/02/2024** | **Al** | **29/02/2024** | **$ 4.465.500,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 18.606.250 | | Legalización comisiones del periodo | | | $ 0,00 | |

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

Prestar los servicios profesionales de carácter temporal con autonomía e independencia, para atender los procesos formativos de los aprendices en las competencias técnicas asociados a la red de conocimiento Gestión Administrativa y servicios financierosen el área temática de Contabilidad de los programas presencialesde acuerdo con lineamientos de la formación profesional integral, atendiendo

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 4.465.500 | | 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** | **$ 4.465.500** | | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 2.960.250** | | **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** | ---------- | **1060789780** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 1.786.200 | $ 433.333 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 223.300 | $ 54.200 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 285.800 | $ 69.400 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 |
| ARL I | $ 9.400 | $ 2.300 |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 9.805.208 / $ 1.116.375 | $ - | |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC $ 14.903.916 | $ - | |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $ 14.903.916 | $ - | |
| Intereses Prestamo de Vivienda $ 4.706.500 | $ - | |
| 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 $ 1.506.080 | $ - | |
| Salud hasta $ 753.040 | $ - | |
| Renta Exenta 25% $ 3.098.445 | $ 986.750 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

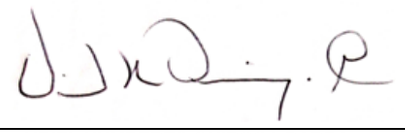
| | | TARIFA |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 2.960.250,00 | |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 3.956.400,00 | |
| Valor base IVA | 0,00 | |
| IVA (Si es RESPONSABLE) | 0,00 | 19% |
| Menos Retención en la Fuente | 0,00 | 0,00% |
| Menos Retencion IVA | 0,00 | 15% |
| Reteica - 8299 | 38.219,00 | 0,966% |
| - | 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** | **$4.427.281,00** | |

**SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS VEINTISIETE MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y UN PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

1. Se ejecutaron 111,50 hrs mensuales en actividades de formación, de acuerdo con la programación de las fichas: 2770717 (25 apren. 39,80 horas, aula 22 Sede Alterna), 2770719 (27 aprendices, 43,80 horas, aula 22 Sede Alterna), 2770709 (28 aprendices 27,90 horas, aula 806 CSF). Otras actividades (40 horas).
6.Se llevó a cabo el seguimiento a las fichas: 2770719 (27 aprendices 43,80 horas, aula 22 Sede Alterna), 2770717 (25 aprendices 39,80 aula 22 Sede Alterna), 2770709 (28 aprendices 27,90 horas, aula 806 CSF). Otras actividades (40 horas).
7. Se impartió formación, de acuerdo con la planeación y seguimiento, a cada uno de los aprendices en proceso de formación.
10. En este periodo no se radicaron deserciones, ni citaciones a comité, ni aplazamientos, ni retiros voluntarios.
19. Se enviaron correos a los aprendices que no asistieron a formación.
23. Se sube cuenta de cobro con su respectivo informe a la plataforma SECOP II y al drive de la coordinación.

**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.



**URIEL HUMBERTO QUIROGA PARRA**
**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,

**JOSE RICARDO PEREZ CAMARGO**
**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**

**ERNESTO ACEVEDO SOTO**

**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)**

# PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

**Fecha creación reporte** 2024-02-15, 10:15:01 AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1060789780

**Periodo Cotización** 202401 **Periodo Servicio** 202401

**Cliente:**

## PAGADA 2024-02-15

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Razón Social** | URIEL HUMBERTO QUIROGA PARRA | | | | |
| **Documento** | CC 79308782 | **Dirección** | CR 37B SUR #11 - 42 BARRIO CIUDAD MONTES | | |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 6013745449 | | |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO | **Total Afiliados** | 1 |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. | | |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | | | |

### II. DATOS DEL AFILIADO

| **Documento** | CC 79308782 | | **Residente** | | **Exonerado** | N | **Apellidos y Nombres** | **Código Ciudad - Departamento** | **Centro de Trabajo** | **Ubicación Laboral** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo Cotizante | 59 | 00 | | | | | QUIROGA PARRA URIEL HUMBERTO | 11001000 - 11 | | BOGOTA D.C. |

### III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

| **Novedades** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Extranjero** | **Tipo salario** | **Salario** | **Pensión** | | | | | | | **Salud** | | | | | | **Riesgos** | | | | | **Caja** | | | | **Parafiscales** | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | | | | Código AFP | Código Tras. AFP | Tarifa AFP | IBC | Total Aporte AFP | Total Aporte FSP | Total Aporte FSPS | Código EPS | Código Tras. EPS | Tarifa EPS | IBC EPS | Aporte Salud | Aporte UPC | Código ARL | Clase Riesgo | Tarifa ARL | IBC ARL | Aporte Riesgos | Código CCF | Tarifa CCF | IBC CCF | Aporte Caja | Tarifa SENA | Aporte SENA | Tarifa ICBF | Aporte ICBF |
| X | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 13 | 13 | 13 | 13 | | | $ 4.465.500 | 25-14 | | 16 % | $ 1.935.050 | $ 309.700 | $ 0 | $ 0 | EPS017 | | 12,5 % | $ 1.935.050 | $ 241.900 | $ 0 | 14-23 | 1 | 0,522 % | $ 1.935.050 | $ 10.200 | CCF21 | 0,6 % | $ 1.935.050 | $ 11.700 | 0 % | $ 0 | 0 % | $ 0 |

### IV.TOTALES

| Total Aportes Pensión | Total Aportes FSP | Total Aportes FSPS | Total Aportes Salud | Total Aportes Riesgos | Total Aportes Cajas | Total Aportes SENA | Total Aportes ICBF | Total Aportes ESAP | Total Aportes MEN | Total Final |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| COLPENSIONES | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | FAMISANAR EPS | POSITIVA DE SEGUROS | CAFAM | SENA | ICBF | ESAP | MEN | |
| $ 309.700 | $ 0 | $ 0 | $ 241.900 | $ 10.200 | $ 11.700 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 573.500 |



**Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!**

¡El Poder de lo SIMPLE!