SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

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

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **19** |
| **Código Centro** | **930710** |
| **Fecha Elaboración** | **Marzo de 2024** |
| **Versión** | **ENERO 2024 - 1,24** |
| **ID de Proceso** | **82775-661416** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | CARMEN ALICIA CAMPO | **C.C.** | 34.563.325 | **IP/Nº de contacto** | 3012355426 |
| **Correo electrónico contratista:** | campoa@sena.edu.co | | | | |

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

**Banco al cual consignar:** BANCO CAJA SOCIAL **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** NO

**Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000:** NO **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 24099311629

**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:** 5836842/2024 **Nº Compromiso SIIF** 14224

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Valor Total del Contrato** | $ 40.934.162 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 35.724.360 | **3** | **Del** | **01/03/2024** | **Al** | **31/03/2024** | **$ 4.465.545,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 31.258.815 | | Legalización comisiones del periodo | | | $ 0,00 | |

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

Prestar servicios personales de carácter temporal como instructor contratista aportando en la planeación y ejecución de los procesos formativos en la modalidad virtual en los programas de formación de nivel titulada del Centro de Comercio y Servicios, perteneciente a la red de: Mercadeo y Ventas, según las necesidades del servicio en los diferentes municipios del departamento del Cauca donde le

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 4.465.545 | | 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** | **$ 4.465.545** | | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 2.625.368** | | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

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

| | Marzo | Febrero |
|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | ---------- | **9463786848** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 1.786.218 | $ 1.786.218 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 223.300 | $ 223.300 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 285.800 | $ 285.800 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | $ - | $ 0 |
| ARL I | $ 9.400 | $ 9.400 |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 9.805.208 / $ 1.116.386 | $ - | |
| 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 | $ 446.555 | |
| Salud hasta $ 753.040 | $ - | |
| Renta Exenta 25% $ 3.098.445 | $ 875.123 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | |

| | | |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 2.625.368,00 | TARIFA |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 4.465.545,00 | |
| 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 - 300 | 8.931,00 | 0,200% |
| - | 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** | **$4.456.614,00** | |

**SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS CATORCE PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Publicación y ejecución de actividades según calendario en el aplicativo Sofiaplus.Orientar proceso de formación virtual en la ficha 2834597 Preselección de Talento Humano Mediado por Herramientas TIC y en las fichas 2675905, 2721689, 2721690 y 2834784 Desarrollo Publicitario. Competencia Ficha 2834597 Seleccionar candidatos, resultado de aprendizaje: Enrolar candidatos, según perfil. Competencia ficha 2675905 Estructurar la estrategia de mercadeo digital, resultado de aprendizaje: Desarrollar contenidos. Competencia Fichas 2721689 y 2721690 Orientar investigación formativa según referentes técnicos, resultados de aprendizaje: Analizar, Proponer soluciones, Estructurar el proyecto y Argumentar aspectos. Competencia Ficha 2834784 Gestionar procesos propios de la cultura resultados de aprendizaje: Estructurar el plan de negocio e Integrar elementos de la cultura emprendedora. Con un total de 160 horas reportadas, Registrar los resultados de la emisión de juicios de evaluación. Descargar del aplicativo Sofía plus las horas reportadas mensualmente. Garantizar el pago oportuno de la seguridad social de cada mes para que este se vea reflejado en Fosyga.

**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.

Firmado digitalmente por Carmen Alicia Campo
Fecha: 2024.03.09 13:04:45 -05'00'

**CARMEN ALICIA CAMPO**
**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
Supervisor,

Firmado digitalmente por Olga Lucia Hoyos Astudillo
Fecha: 2024.03.10 10:45:29 -05'00'

**OLGA LUCIA HOYOS ASTUDILLO**
**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**

**HAROL ARMANDO ROSERO SALAZAR**

**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)**

Banco AV Villas

## COMPROBANTE PAGO DE PLANILLA ASISTIDA PILA

Número identificación del Aportante / Pin Único: 34563325

Valor a Pagar $: 529.300

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

**PAGO CON NÚMERO DE PLANILLA**

Número de Planilla: 9463786848

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 2024 Mes 02

```
AVV 253 20240306 13:34 SC2209  LINEA   D
VR PAGADO:          529,300.00
NOMBRE:APORTES EN LINEA              D
CLAVE:9463786848
ID:34563325
Fecha Aplicación:20240306   PIN:133413
Estimado cliente: Verifique los datos de
su pago. Después de retirarse de la
ventanilla no se aceptan reclamos.
```

CAP-PR0-083-V2

**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 ÉSTE SERÁ EL ÚNICO SOPORTE FÍSICO DE SU TRANSACCIÓN. CONSÉRVELO PARA CUALQUIER VERIFICACIÓN.

Impreso por: dispapeles S.A.S. NIT: 860.028.580-2 60124

# 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 34563325 | | CAMPO CARMEN ALICIA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | cra 17 57n 8-54 casa 16 villa claudia | POPAYAN-CAUCA | 8375306 | Si |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-02 | 2024-02 | 63786848 | 9463786848 | I | 2024/03/07 | 2024/03/06 | BANCO AV VILLAS | 0 | $529,300 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombres | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte |
| **Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | $1,786,218 | $285,800 | | | $1,786,218 | $223,300 | | | $1,786,218 | $10,800 | | | $1,786,218 | $9,400 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $1,786,218 | $285,800 | | | $1,786,218 | $223,300 | | | $1,786,218 | $10,800 | | | $1,786,218 | $9,400 | | $0 | $0 |
| Ciudad: POPAYAN Depto: CAUCA ( 1 Afiliados) | | | | | $1,786,218 | $285,800 | | | $1,786,218 | $223,300 | | | $1,786,218 | $10,800 | | | $1,786,218 | $9,400 | | $0 | $0 |
| 1 | CC | 34563325 CAMPO CARMEN | 230201 | 30 | $1,786,218 | $285,800 | EPS005 | 30 | $1,786,218 | $223,300 | CCF14 | 30 | $1,786,218 | $10,800 | 14-23 | 30 | $1,786,218 | $9,400 | 30 | $0 | $0 |
| **Total** | | **Afiliados( 1)** | | | $1,786,218 | $285,800 | | | $1,786,218 | $223,300 | | | $1,786,218 | $10,800 | | | $1,786,218 | $9,400 | | $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 34563325 | | CAMPO CARMEN ALICIA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | cra 17 57n 8-54 casa 16 villa claudia | POPAYAN-CAUCA | 8375306 | Si |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-02 | 2024-02 | 63786848 | 9463786848 | I | 2024/03/07 | 2024/03/06 | BANCO AV VILLAS | 0 | $529,300 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $285,800 | $0 | $0 | $285,800 |
| PROTECCION | 230201 | 800,229,739 | 0 | 1 | $285,800 | $0 | $0 | $285,800 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $9,400 | $0 | $0 | $9,400 |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 1 | $9,400 | $0 | $0 | $9,400 |
| CCF (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $10,800 | $0 | $0 | $10,800 |
| COMFACAUCA | CCF14 | 891,500,182 | 0 | 1 | $10,800 | $0 | $0 | $10,800 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $223,300 | $0 | $0 | $223,300 |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 1 | $223,300 | $0 | $0 | $223,300 |
| **TOTAL** | | | | **1** | **$529,300** | **$0** | **$0** | **$529,300** |

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Popayán, Marzo de 2024

Señores
**SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (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 empleado contribuyente y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el parágrafo cuarto del artículo segundo del Decreto 0099 de 2013, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

| | | | |
|---|---|---|---|
| **T.I.** | **1058550247** | **LAURA CAMILA PEREZ CAMPO** | **HIJO** |

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad

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: CARMEN ALICIA CAMPO

C.C. 34563325

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.058.550.247**

**PEREZ CAMPO**

APELLIDOS

**LAURA CAMILA**

NOMBRES

Laura camila Perez Campo

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **29-ABR-2010**

**POPAYAN**
**(CAUCA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

**29-ABR-2028**
FECHA DE VENCIMIENTO

**A+** G S RH

**F** SEXO

**13-JUL-2017 POPAYAN**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1100100-00926231-F-1058550247-20170726 **00566**78699A 3 7764527248