SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)

REGIONAL SANTANDER

CENTRO DE GESTIÓN AGROEMPRESARIAL DEL ORIENTE-SANTANDER

Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1

Código Regional	**68**
Código Centro	**954610**
Fecha Elaboración	**Marzo de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**61831-840734**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	SANDRA ISABEL AGUIRRE MORALES	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	1.101.753.238	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	siaguirremorales@misena.edu.co	**Número de Cuenta:**	32979512138
IP/Nº de contacto:	7565380	**Presta Servicios Excluidos de IVA:**	SI
Inducción SST:	SI	**Pertenece al régimen simple de tributación:**	NO
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta por el año gravable 2023**	NO

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	NO
Sus ingresos en el 2023 fueron iguales o superiores a $59.377.000	NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2024 es igual o superior a $188.260.000 (debe registrarse como responsable del IVA)	NO
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?	NO
Concepto del pago corresponde a:	Ninguno
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.	0,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	5948771/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**13724**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA LA ORIENTACIÓN EN LA FORMACIÓN COMPLEMENTARIA Y TITULADA VIRTUAL EN EL ÁREA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SEGÚN LOS MODELOS FORMATIVOS ESTABLECIDOS POR EL CGAO SENA REGIONAL SANTANDER.

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/03/2024 Al 31/03/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 39.349.000
Número de pago	**2**	**Valor Total del Contrato:**	$ 41.420.000
Valor Bruto Pago:	**$ 4.142.000,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 35.207.000

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.142.000	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 2.071.000		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 6.213.000**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 4.015.800**	**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		----------	**9464344677**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.656.800	$ 1.300.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 207.100	$ 162.500
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 265.100	$ 208.000
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 8.700	$ 6.800
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ 208.000	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ 162.500	
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ 6.800	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -	
Dependientes hasta		$ -	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 34.082.904	$ 1.339.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 423.425		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	4.015.800,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.142.000,00	
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 - 8543 - VELEZ	8.284,00	0,200%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$4.133.716,00**	

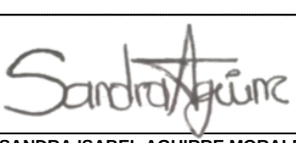
SON: CUATRO MILLONES CIENTO TREINTA Y TRES MIL SETECIENTOS DIECISEIS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

MPLEMENTAR PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD TENIENDO EN CUENTA NORMATIVA VIGENTE. FICHA: 2919750 Nº HORAS: 32
MPLEMENTAR PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD TENIENDO EN CUENTA NORMATIVA VIGENTE. FICHA: 2919751 Nº HORAS: 32
MPLEMENTAR PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD TENIENDO EN CUENTA NORMATIVA VIGENTE. FICHA: 2919749 Nº HORAS: 32
MPLEMENTAR PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD TENIENDO EN CUENTA NORMATIVA VIGENTE. FICHA: 2919758 Nº HORAS: 32

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



SANDRA ISABEL AGUIRRE MORALES
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

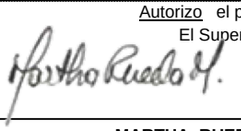
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:

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,



MARTHA RUEDA MONCADA
INSTRUCTOR G20

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
JAVIER GONZALEZ FRANCO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

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 1101753238		AGUIRRE MORALES SANDRA ISABEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 24 # 10-98	FUNZA-CUNDINAMARCA	5555555	No

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	514847500	9464344677	I	2024/03/11	2024/03/15	BANCOLOMBIA	4	$516,200

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)					$1,656,800	$265,100			$1,656,800	$207,100			$1,656,800	$33,200			$1,656,800	$8,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,656,800	$265,100			$1,656,800	$207,100			$1,656,800	$33,200			$1,656,800	$8,700		$0	$0
Ciudad: FUNZA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)					$1,656,800	$265,100			$1,656,800	$207,100			$1,656,800	$33,200			$1,656,800	$8,700		$0	$0
1	CC	1101753238	AGUIRRE SANDRA	230301	30	$1,656,800	$265,100	EPS005	30	$1,656,800	$207,100	CCF24	30	$1,656,800	$33,200	14-23	30	$1,656,800	$8,700	30	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,656,800	$265,100			$1,656,800	$207,100			$1,656,800	$33,200			$1,656,800	$8,700		$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 1101753238		AGUIRRE MORALES SANDRA ISABEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 24 # 10-98	FUNZA-CUNDINAMARCA	5555555	No

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	514847500	9464344677	I	2024/03/11	2024/03/15	BANCOLOMBIA	4	$516,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$265,100	$1,000	$0	$266,100
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$265,100	$1,000	$0	$266,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$8,700	$100	$0	$8,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$8,700	$100	$0	$8,800
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$33,200	$200	$0	$33,400
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$33,200	$200	$0	$33,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$207,100	$800	$0	$207,900
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$207,100	$800	$0	$207,900
TOTAL				1	$514,100	$2,100	$0	$516,200

CERTIFICACIÓN CUMPLIMIENTO CIRCULAR NO 3-2023-0000014

Certifico que **Sandra Isabel Aguirre Morales,** contratista que se identifica con cédula de ciudadanía **1101753238**, cumplió con los documentos médicos y de ayudas diagnosticas exigidos para la contratación

Documentos solicitados en la circular 3-2023-0000014: "Exámenes Preocupacionales para Contratos de prestación de servicios personales emitido por la Secretaría General". Esta certificación debe ser entregado dentro de los documentos de la cuenta, en cumplimiento de lo solicitada por la Circular 3-2023-0000014.

Se firma en Bucaramanga el 06 de marzo del 2024

Cordial saludo,



CESAR AUGUSTO SANCHEZ QUINTERO
Médico SST Regional Santander
Especialista en Salud Ocupacional