

<div><div><div><div><div></div><div>SENA</div></div><div>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</div></div><div>FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS CON CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)</div></div></div>						Código Regional 20	
REGIONAL CESAR						Código Centro 101020	
DESPACHO REGIONAL-APORTES						Fecha Elaboración Marzo de 2024	
Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1						Versión MARZO 2024 - 2,24	
						ID de Proceso 71686-858595	
DATOS DEL CONTRATISTA							
Nombres y apellidos:			ANA ROSA MARTINEZ POLO		Banco a consignar:	BANCOLOMBIA	
Cédula de Ciudadanía			49.609.007		Tipo de cuenta:	AHORROS	
Correo electrónico:			armartinez@sena.edu.co		Número de Cuenta:	19721654900	
IP/Nº de contacto:			0		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:		5772579/2024		Nº Compromiso SIIF	2724	Número de pagos durante la vigencia del contrato	12
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		PRESTAR SUS SERVICIOS EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA DE SERVICIO AL CIUDADANO EN PARTICULAR EN LA LÍNEA ESTRATÉGICA DE GESTIÓN DE PETICIONES EXTERNAS E INTERNAS DE LA REGIONAL					
DATOS PERIODO DEL PAGO							
Del	01/03/2024	Al	31/03/2024	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 36.000.000		
Número de pago	3			Valor Total del Contrato:	\$ 40.680.000		
Valor Bruto Pago:	\$ 3.600.000,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 32.400.000		
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO							
Ingresos por honorarios	\$ 3.600.000			Ninguno	0,00%		
Ingresos por comisiones	\$ 0			Retencion en la Fuente del Periodo	\$ 0		
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0						
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 3.600.000			Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0		
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 2.386.000			TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0		
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR							
		Marzo	Febrero	Base retención en la fuente a título de RENTA	2.386.000,00	TARIFA	
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		-----	7917131141	Base retención en la fuente a titulo de ICA	0,00		
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.440.000	\$ 1.440.000	Valor base IVA	0,00		
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 180.000	\$ 180.000	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 230.400	\$ 230.400	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%	
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -	\$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%	
ARL I		\$ 7.600	\$ 7.600	Reteica - 8299 - VALLEDUPAR	0,00	0,000%	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -		-	0,00	0%	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -		-	0,00	0%	
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -		-	0,00	0%	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ -		-	0,00	0%	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		\$ -		Pro Universidad Popular del Cesar	18.000,00	0,500%	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%	
Intereses Prestamo de Vivienda		\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%	
Dependientes hasta		\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%	
Salud hasta \$ 753.040		\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%	
Renta Exenta 25% \$37.181.350		\$ 796.000			0,00		
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. \$ 971.175				Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00		
Retención en la Fuente Contingente \$				VALOR A PAGAR	\$3.582.000,00		
SON: TRES MILLONES QUINIENTOS OCHENTA Y DOS MIL PESOS M/CTE							
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO							
1.Se realizó seguimiento diario a las PQRSD que ingresaron a la regional a través del aplicativo Report Services y On -Base							
2.Se realiza seguimiento y control con oportunidad enviando 59 correos de alerta temprana y reporte PQRS diariamente en la regional							
3.Se realiza revisión de las respuestas de fondo de octubre del 2023 donde se evidencia que la escala de evaluación de resultados							
índice de calidad cumplimos con el 97. 60 % encontrándonos en la escala de alto ya que su meta es de mayor de 90% y menor igual a 100.							
4.Se realiza sensibilización al Centro Agroempresarial, Se realiza sensibilización al Centro Biotecnológico caribe.							
5.Se cargo en el repositorio designado por la coordinación Nacional las evidencias de las actividades realizadas (alertas, reportes)							
6.Se realiza revisión de Resultados Medición de la Satisfacción Canales de Atención y Respuestas PQRS - Cuarto Trimestre 2023.							
7.Se brinda acompañamiento al coordinador en las respuestas por el aplicativo On -Base							
8.Se recibe socialización por parte de la líder nacional para la gestión de la matriz que será compartida por las lideres nacionales.							
PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:							
1. Cumplic 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				ANA ROSA MARTINEZ POLO EL CONTRATISTA			
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO							
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:				Autorizo el presente pago. El Supervisor,			
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.				TATIANA JULIA MOVILLA ANDRADE PROFESIONAL G01			
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 MANUEL DE JESUS ZULETA BENITEZ DIRECTOR REGIONAL (E)							

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	49609007
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:		ANA ROSA MARTINEZ POLO	
CIUDAD/MUNICIPIO:	VALLEDUPAR	DEPARTAMENTO:	CESAR
DIRECCIÓN:	CARRERA 40 N° 1 - 17	TELÉFONO:	5815563
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA							
NÚMERO PLANILLA:	7917131141			TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	febrero	AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	febrero	AÑO 2024
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2024/02/29	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	483498883		

TOTAL APORTES A PENSIÓN												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	1	\$ 230.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 230.400	\$ 0	\$ 230.400
SUBTOTALES:										\$ 230.400	\$ 0	\$ 230.400

TOTAL APORTES A SALUD																
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 180.000		\$ 0		\$ 0	\$ 180.000	\$ 0	\$ 180.000
SUBTOTALES:													\$ 180.000	\$ 0	\$ 0	\$ 180.000

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 7.600	\$ 7.600	\$ 0	\$ 0	\$ 7.600
SUBTOTALES:									\$ 7.600	\$ 0	\$ 0	\$ 7.600

[illegible]

TOTAL	\$ 418.000
--------------	-------------------