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	**21 de Marzo de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**61890-395922**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	ANA PATRICIA GONZALEZ GOMEZ	**Banco a consignar:**	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	27.984.199	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	apgonzalez99@misena.edu.co	**Número de Cuenta:**	048600062631
IP/Nº de contacto:	74129	**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:	5993410/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**17024**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR:PSP SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL EN LA ORIENTACION DE FORMACIÓN EN EL PROGRAMA DE ATENCIÓN A LA POBLACIÓN DESPLAZADA EN EL AREA PECUARIA, CONFORME A LOS MODELOS FORMATIVOS ESTABLECIDOS DEL CGAO SENA REGIONAL SANTANDER

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/03/2024 Al 31/03/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 39.072.866
Número de pago	**2**	**Valor Total del Contrato:**	$ 40.039.333
Valor Bruto Pago:	**$ 4.142.000,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 34.930.866

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	$ 966.467		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 5.108.467**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 3.377.667**	**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		----------	**8629642608**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.656.800	$ 390.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 207.100	$ 48.800
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 265.100	$ 62.400
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL	II	$ 17.300	$ 4.100
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 ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ 4.100	
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	$ 1.126.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 213.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	3.377.667,00	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

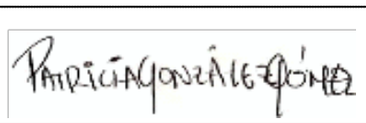
Inicio de formación de la ficha 2930198 del programa Básico en ganadería doble propósito. Vereda Horta medio municipio de Cimitarra. Duración: 40 horas.

Inicio de formación de la Ficha 2945120 del programa Prácticas de alimentación en aves de postura Vereda El Oscuro municipio de Jesús María. Duración: 40 horas.

Incio de formacion de la ficha 2948899 del programa Prácticas de alimentación en aves de postura vereda Horta medio municipio de Cimitarra. Duración: 40 horas.

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



ANA PATRICIA GONZALEZ GOMEZ
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

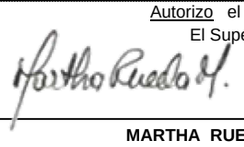
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:

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)

CONSULTA EMPLEADO

RAZÓN SOCIAL	ANA PATRICIA GONZALEZ GOMEZ
IDENTIFICACIÓN APORTANTE	CC-27984199
SUCURSAL	2
FECHA PAGO	2024-03-19
INDENTIFICACION EMPLEADO	CC-27984199
NOMBRE EMPLEADO	ANA PATRICIA GONZALEZ GOMEZ
EPS	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.
AFP	PORVENIR
CAJA COMPENSACIÓN	Sin CCF
ARL	ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS
NÚMERO PLANILLA	8629642608
REFERENCIA PAGO(PIN)	8629642608
TIPO PLANILLA	I
PERIODO PENSIÓN	2024-02
PERIODO SALUD	2024-02
TIPO COTIZANTE	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes
SUBTIPO COTIZANTE	Sin Subtipo
ACTIVIDAD ECONÓMICA	1454101
NOVEDAD INGRESO INICIAL	2024-02-24
NOVEDAD INGRESO FINAL	

ING	Fecha ING	RET	Fecha RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha VSP	VTE	VST	SLN	Fecha Sln inicio	Fecha Sln Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha LMA	Fecha LMA Fin	VAC	Fecha Vac Inicio	Fecha VAC Fin	AVP	VCT	Fecha VCT Inicio	Fecha VCT Fin	IRL	Fecha IRL Inicio	Fecha IRL Fin
X	24/02/24																											0		

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria		Total	Fondo de Solidaridad de	Fondo de Subsistencia	Valor no retenido
				Afiliado	Aportante				
7	386.634	0,1600000	$ 61.900	$ 0	$ 0	$ 61.900	$ 0	$ 0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE SALUD

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	UPC adicional	Incapacidades E.G		Licencias de Maternidad o	
					Número Autorización	Valor	Número Autorización	Valor
7	386.634	0,1250000	$ 48.400	$ 0	0	$ 0	0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Código de centro de trabajo
7	386.634	0,0243600	$ 9.500	1

APORTES PARAFISCALES

Días Cot	Caja de Compensación Familiar			Sena			ICBF		ESAP		MIN DE EDUCACIÓN	
	IBC	Tarifa	Cot.Obligatori	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Tarifa	Cot. Obligatori	Tarifa	Cot.	Tarifa	Cot. Obligatori
0	0	0,0000000	$ 0	0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0

TOTAL COTIZACIÓN EMPLEADO

Pension	Salud	Riesgos	Parafiscales	Total
$ 61.900	$ 48.400	$ 9.500	$ 0	$ 119.800

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	ANA PATRICIA GONZALEZ GOMEZ
IDENTIFICACIÓN:	CC-27984199
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	2
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	27984199
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2024-03-19
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2024-03-22
FECHA DE PAGO:	2024-03-19
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE OCCIDENTE
PERÍODO PENSIÓN:	2024-02
PERÍODO SALUD:	2024-02
NÚMERO PLANILLA:	8629642608
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8629642608
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	$ 386.634	$ 0	$ 0	$ 0	$ 48.400	$ 48.400
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 386.634	$ 0	$ 0	$ 0	$ 61.900	$ 61.900
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 386.634	$ 0	$ 0	$ 0	$ 9.500	$ 9.500
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 119.800	$ 119.800

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	22/04/2024