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 ATLÁNTICO**

**CENTRO INDUSTRIAL Y DE AVIACIÓN- ATLÁNTICO**

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

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **8** |
| **Código Centro** | **920810** |
| **Fecha Elaboración** | **Abril de 2024** |
| **Versión** | **MARZO 2024 - 2,24** |
| **ID de Proceso** | **07839-758454** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos:** | ANGELA MARIA HERRERA PUENTES | **Banco a consignar:** | BANCO CAJA SOCIAL |
| **Cédula de Ciudadanía** | 32.868.779 | **Tipo de cuenta:** | AHORROS |
| **Correo electrónico:** | anyyelamaria@gmail.com | **Número de Cuenta:** | 24120275665 |
| **IP/Nº de contacto:** | 13217 | **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:** | 5879422/2024 | **Nº Compromiso SIIF** | **65724** | **Número de pagos durante la vigencia del contrato** | 10 |

| | |
|---|---|
| **OBJETO CONTRACTUAL:** (Descripciòn del servicio prestado) | RP-INSTRUCTOR:DESARROLLAR FORMACIÓN PROFESIONAL POR COMPETENCIAS LABORALES, MEDIANTE LA ESTRATEGIA DE APRENDIZAJE POR PROYECTOS EN LOS PROGRAMAS DE FORMACIÓN DE ARTICULACION CON LA EDUCACION MEDIA - AREA: CONFECCIONES,. ONBASE 08-9-2024-004187 |

## DATOS PERIODO DEL PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Del** | **01/04/2024 Al 30/04/2024** | **Saldo Anterior del Contrato:** | $ 30.929.973 |
| **Número de pago** | **3** | **Valor Total del Contrato:** | $ 36.260.224 |
| **Valor Bruto Pago:** | **$ 3.879.843,00** | **Nuevo Saldo del Contrato:** | $ 27.050.130 |

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 3.879.843 | 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** | **$ 3.879.843** | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 2.463.243** | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

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

| | | Abril | Marzo |
|---|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | | ---------- | **4547300177** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | | $ 1.551.937 | $ 1.551.937 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | | $ 194.000 | $ 194.000 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | | $ 248.400 | $ 248.400 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | | $ - | $ 0 |
| ARL I | | $ 8.200 | $ 8.200 |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes | | $ - | |
| Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes | | $ - | |
| Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes | | $ - | |
| 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 | $ 145.000 | |
| Renta Exenta 25% | $ 30.984.458 | $ 821.000 | |
| Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. | $ 1.006.627 | | |
| Retención en la Fuente Contingente | | $ | |

| | | |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 2.463.243,00 | TARIFA |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 3.437.443,00 | |
| 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 - BARRANQUILLA | 34.374,00 | 1,000% |
| - | 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** | **$3.845.469,00** | |

**SON: TRES MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y NUEVE PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

LISTAR Y ASOCIAR APRENDICES A RUTA DE APRENDIZAJE

INDUCCION Y REINDUCCION DE LA FORMACION EN LAS DIFERENTES INSTITUCIONES EDUCATIVAS

CONVOCATORIA Y REUNION DE PADRES DE FAMILIA EN LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS

CONCERTACION ARTICULACION DE CURRICULO EN LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS

VERIFACION DE AMBIENTES EN LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS ARTICULADAS

ELABORACION DE ACTAS 2024, ASISTENCIA A REUNIONES CONVOCADAS POR LA LIDER DE ARTICULACION CON LA MEDIA

PARTICIPACION FORMULACION DE PROYECTO FORMATIVO DE ELABORACION DE PRENDAS DE VESTIR SOBRE MEDIDAS

PARTICIPACION FORMULACION DE GUIAS DE APRENDIZAJE, PLANEACION PEDAGOGICA DEL PROYECTO FORMATIVO

DESARROLLO Y CONTINUIDAD DE LA FORMACION DE PATRONAJE IND. Y ELABORACION DE PRENDAS DE VESTIR EN LAS I.E. ARTICULADAS

**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

**ANGELA MARIA HERRERA PUENTES**
**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,

**MILDRED YAROV ROLON NIETO**
**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**
**JORGE LUIS PEDROZA CABALLERO**
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)**

16/04/24 00:21:54 USUARIO: SIC -

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 32868779 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | ANGELA MARIA HERRERA PUENTES |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | SANTO TOMAS | DEPARTAMENTO: | ATLANTICO |
| DIRECCIÓN: | CRA.13 NO. 2-74 | TELÉFONO: | 3014278 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Formación académica no formal. |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | | **4547300177** | TIPO DE PLANILLA: | | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | marzo | AÑO 2024 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | marzo | AÑO 2024 |
| DÍAS DE MORA: | | | 0 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | | 2024/04/10 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | | 9998322616 |

**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 |
| 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 248.700 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 248.700 | $ 0 | $ 248.700 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 248.700** | **$ 0** | **$ 248.700** |

**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 |
| EPS010 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 194.300 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 194.300 | $ 0 | $ 0 | $ 194.300 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 194.300** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 194.300** |

**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 | $ 16.300 | $ 16.300 | $ 0 | $ 0 | $ 16.300 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 16.300** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 16.300** |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | FSP | | APORTES VOLUNTARIOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | SUBSISTENCIA | SOLIDARIDAD | EMPLEADOR | EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DIAS COT | IBC | ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
| 1 | CC 32868779 | HERRERA PUENTES ANGELA MARIA | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.300.000 | | | | NO | | | | | | | | 01-30 | | | | | | | | | | 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 1.554.010 | $ 248.700 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 248.700 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 30 | $ 1.554.010 | $ 194.300 | $ 0 | $ 194.300 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 1.554.010 | 32868779 | $ 16.300 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| | |
|---|---|
| **TOTAL** | **$ 459.300** |

ComprobanteDePago.4547300177.pdf

Download Print Save to OneDrive Hide email

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## COMPROBANTE DE PAGO

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | ANG |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | SANTO TOMAS | DEPARTAMENTO: | |
| DIRECCIÓN: | CRA.13 NO. 2-74 | TELÉFONO: | |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA | | | |
|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **4547300177** | TIPO DE PLANILLA: | |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS: | MES: marzo<br>AÑO: 2024 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | |
| DÍAS DE MORA: | 0 | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2024/04/10 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | |

| NOVEDADES | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA |
| | | | | | | | X | | | | | |

| LIQUIDACIÓN GENERAL | | |
|---|---|---|
| **PENSIÓN** | | |
| ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE |
| 900336004 | 25-14 | 25-14 COLPENSIONES |
| **SUBTOTAL:** | | |
| **SALUD** | | |
| ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE |
| 800088702 | EPS010 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD |
| **SUBTOTAL:** | | |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | |
| ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE |
| 860011153 | 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. |
| **SUBTOTAL:** | | |

| | |
|---|---|
| **VALOR SIN MORA:** | |
| **VALOR MORA:** | |

Planilla Pagada

EFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

| | |
|---|---|
| N. OS: 9486139517 | DV: 167531 |
| Cliente: | 110263 PILA RECAUDO |
| Fecha: | 10/04/2024 17:09:26 |
| PAP: | 991228 |
| Identificacion: | 32868779 |
| Nombre: | ANGELA |
| Apellido 1: | HERRERA |
| Apellido 2: | NAN |
| TIPO DOCUMENTO: | CEDULA DE CIUDADANIA |
| TELEFONO: | 1111111111 |
| Codigo Planilla: | 4547300177 |
| Periodo Pago: | 2024/03 |
| Valor Comision: | 0 |
| Valor Iva Comision: | 0 |
| Referencia: 32868779 | Valor: $459.300,00 |

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Para reclamaciones presente este recibo: Tel. (1) 6510101.
servicioalcliente@efecty.com.co.
www.efecty.com.co