

<div><div>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</div></div>	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 QUINDÍO CENTRO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO-QUINDIO Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Código Regional		63	
			Código Centro		953810	
			Fecha Elaboración		Abril de 2024	
			Versión		MARZO 2024 - 2,24	
			ID de Proceso		35554-927959	
DATOS DEL CONTRATISTA						
Nombres y apellidos:		ANDRES DAVID CUARTAS LOPEZ		Banco a consignar:		BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía		1.097.392.097		Tipo de cuenta:		AHORROS
Correo electrónico:		dvd504@hotmail.com		Número de Cuenta:		75600022342
IP/N° 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		SI
¿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						
N° del contrato:		5859695/2024		N° Compromiso SIIF		22124
				Número de pagos durante la vigencia del contrato		11
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		INSTRUCTOR:ORIENTAR FORMACION INTEGRAL TITULADA COMPLEMENTARIA PRESENCIAL/VIRTUAL 63-9-2024-001088				
DATOS PERIODO DEL PAGO						
Del		01/04/2024		Al		30/04/2024
Número de pago		3		Saldo Anterior del Contrato:		\$ 38.403.688
Valor Bruto Pago:		\$ 4.465.545,00		Valor Total del Contrato:		\$ 46.590.520
				Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 33.938.143
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO						
Ingresos por honorarios		\$ 4.465.545		Ninguno		0,00%
Ingresos por comisiones		\$ 35.600		Retencion en la Fuente del Periodo		\$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 0				
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO		\$ 4.501.145		Menos, Retefuente Otros Ingresos		\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 2.986.645		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR						
		Abril		Marzo		Base retención en la fuente a titulo de RENTA
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----		7919878171		2.986.645,00
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.786.218		\$ 1.786.218		Base retención en la fuente a titulo de ICA
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 223.300		\$ 223.300		Valor base IVA
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 285.800		\$ 285.800		IVA (Si es RESPONSABLE)
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -		\$ 0		Menos Retención en la Fuente
ARL		\$ 9.400		\$ 9.400		Menos Retencion IVA
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -				Reteica - 8299
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -				0,00
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -				0,00
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ -				0,00
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		\$ -				0,00
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		\$ -				0,00
Intereses Prestamo de Vivienda		\$ -				0,00
Dependientes hasta		\$ -				0,00
Salud hasta		\$ 753.040		\$ -		0,00
Renta Exenta 25%		\$ 34.082.904		\$ 996.000		0,00
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 1.809.297				0,00
Retención en la Fuente Contingente		\$ -				0,00
						VALOR A PAGAR
						\$4.465.545,00
SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS CUARENTA Y CINCO PESOS M/CTE						
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO						
Participar en la planeación de los procesos formativos de acuerdo con los lineamientos institucionales, para las áreas relacionadas con su perfil, correspondiente a la "Convocatoria de la APE para la conformación del Banco de Instructores del SENA 2024						
Ejecutar la formación profesional integral de acuerdo con el currículo, desarrollo curricular y proyecto formativo de los programas relacionados con su perfil, desarrollando y dejando evidencia para cada programa formativo el proyecto, planeación pedagógica						
Instrumentos de evaluación, evidencias de aprendizaje, formatos requeridos por las diferentes áreas, llevar y conservar listas de de asistencia. Cuando se requiera uso de plataforma LMS mantener actualizado el portafolio del instructor.						
Aplicar según la modalidad, estrategias de enseñanza, aprendizaje, seguimiento y evaluación de acuerdo a los lineamientos pedagógicos y metodológicos de la entidad.						
Emitir juicio valorativo sobre el nivel de cumplimiento de los resultados de aprendizajes de las competencias del programa						
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						
ANDRES DAVID CUARTAS LOPEZ 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 periodo 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,						
CARMEN EUGENIA MARULANDA RIOS 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 CESAR AUGUSTO OSPINA PUERTAS SUBDIRECTOR DE CENTRO G02						

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1097392097
NOMBRE Ó RAZON SOCIAL:			ANDRES DAVID CUARTAS LOPEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	ARMENIA	DEPARTAMENTO:	QUINDIO
DIRECCIÓN:	CRA 19 36N-30 TORRE A APTO 704	TELÉFONO:	7353334
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Servicio por horas
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA									
NÚMERO PLANILLA:	7919878171			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):				2024/04/08	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	559444171			

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	\$ 286.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 286.100	\$ 0	\$ 286.100
SUBTOTALES:										\$ 286.100	\$ 0	\$ 286.100

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	\$ 223.500		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 223.500
SUBTOTALES:									\$ 223.500			\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 223.500

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	\$ 9.400	\$ 9.400	\$ 0	\$ 0	\$ 9.400
SUBTOTALES:									\$ 9.400	\$ 0	\$ 0	\$ 9.400

[illegible]

TOTAL	\$ 519.000
--------------	-------------------

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1097392097
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	ANDRES DAVID CUARTAS LOPEZ	
CIUDAD/MUNICIPIO:	ARMENIA DEPARTAMENTO:	QUINDIO
DIRECCIÓN:	CRA 19 36N-30 TORRE A APTO	TÉLFONO: 7353334
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Servicio por horas
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	7919878171	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: marzo	PERIODO COTIZACIÓN MES: marzo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2024	SALUD: AÑO: 2024
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/04/08	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 559444171

NOVEDADES																	
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	

LIQUIDACIÓN GENERAL						
					TOTALES	
					COTIZANTES	TOTAL
PENSIÓN						
NIT		CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE			
800229739		230201	230201- PROTECCION		1	\$ 286.100
SUBTOTAL:					1	\$ 286.100
SALUD						
NIT		CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE			
800088702		EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD		1	\$ 223.500
SUBTOTAL:					1	\$ 223.500
RIESGOS PROFESIONALES						
NIT		CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE			
860011153		14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.		1	\$ 9.400
SUBTOTAL:					1	\$ 9.400

VALOR SIN MORA:	\$ 519.000
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 519.000



¡Bien hecho!

El pago ha sido debitado de tu producto. Presiona "Finalizar" para regresar al sitio recaudador y notificarle el resultado de

Compra online SOI ACH

Nro. de recibo: 7919878171
Descripción del pago: Pago de la Planilla Integrada de Seguridad Social y Parafiscales
Identificación del contribuyente: 10.80.25.153
Concepto: CC
Razón Social: 1097392097

Nro. de comprobante: **0000058073**
Valor pagado: **\$ 519,000.00**
Producto: *******2342 - Ahorros / Bancolombia A la mano - Cuenta de Ahorro**

Ingresa tu email para enviar comprobante

Enviar

Ingresa uno o varios emails separados con comas para enviar el comprobante.

Finalizar