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 NORTE DE SANTANDER

CENTRO DE LA INDUSTRIA LA EMPRESA Y LOS SERVICIOS REG. NORTE DE SANTANDER

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

Código Regional	**54**
Código Centro	**953710**
Fecha Elaboración	**Abril de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**68063-749470**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	REINA DEL SOCORRO CORREA PEREZ	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	60.278.571	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	reinadelsocorro@misena.edu.co	**Número de Cuenta:**	82067639461
IP/Nº de contacto:	3183940234	**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:	5873548/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**14424**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	7
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	CONTRATACION DE INSTRUCTORES: PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL PARA PLANEAR Y				

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/04/2024 Al 30/04/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 17.836.899
Número de pago	**3**	**Valor Total del Contrato:**	$ 24.166.121
Valor Bruto Pago:	**$ 3.452.303,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 14.384.596

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.452.303	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	**$ 3.452.303**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.288.303**	**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		----------	**4545128881**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.380.921	$ 1.380.921
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 172.700	$ 172.700
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 221.000	$ 221.000
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 7.300	$ 7.300
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	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 21.689.120	$ 763.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 1.387.905		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.288.303,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	0,00	
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 - CUCUTA	0,00	0,000%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
Estampilla Departamental	69.046,00	2,000%
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	**$3.383.257,00**	

SON: TRES MILLONES TRESCIENTOS OCHENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y SIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Acciones de FPI directas de formación TITULADA: 32 Horas

TL. Peluquería

Acciones de FPI directas de formación COMPLEMENTARIA: 128 Horas

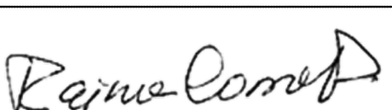
Bioseguridad Aplicada a la Estetica y Belleza

Curso Introductorio a la FPI

Total horas ejecutadas en el período: 160 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



REINA DEL SOCORRO CORREA PEREZ
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

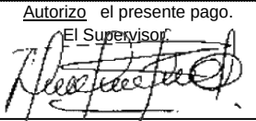
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:

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



HUGO LEON TABORDA OCAMPO
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
OLMAN GERARDO SUAREZ MORENO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

23/04/24 17:51:58 USUARIO: SIC - C.C. 60278571

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	60278571
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			REINA DEL SOCORRO CORREA PEREZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	CUCUTA	DEPARTAMENTO:	NORTE DE SANTANDER
DIRECCIÓN:	CLL 2 11A-33 URB SAN MARTIN	TELÉFONO:	1234567
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:		**4545128881**	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):		2024/03/27	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9998131445

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	$ 223.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 223.300	$ 0	$ 0	$ 223.300
SUBTOTALES:													**$ 223.300**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 223.300**

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	$ 18.700	$ 18.700	$ 0	$ 0	$ 18.700
SUBTOTALES:									**$ 18.700**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 18.700**

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	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF	TOTAL APORTE	SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
1	CC 60278571	CORREA PEREZ REINA DEL SOCORRO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS	NO OBLIG COT PENS EDAD	$ 1.300.000				NO								01-30												$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.786.160	$ 223.300	$ 0	$ 223.300	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.786.160	60278571	$ 18.700		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 242.000**

Planilla Pagada

Protección

Fondo de Pensiones Voluntarias Protección
Nit 800.198.281

Hace constar que:

Reina del Socorro Correa Perez con número de identificación **CC 60.278.571**, se encuentra afiliado al **Fondo de Pensiones Voluntarias Protección**, desde el día **24 de octubre de 2023.**

Se expide esta constancia a favor del interesado a los 11 días del mes de abril del año 2024.

Cordialmente,

Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2024041109145

COMPROBANTE DE PAGO
FONDO DE PENSIONES VOLUNTARIAS MULTINVERSIÓN
Nit. 800.198.281-5

Protección

Marque con "X" la entidad donde hace la consignación

Protección	Bancolombia CONVENIO 101	Davivienda CONVENIO 1042431	Banco de Bogotá CONVENIO 113	Fecha de Consignación
[ ]	[ ]	[ ]	[X]	20 (Día) 04 (Mes) 2024 (Año)

RELACIÓN DE CHEQUES

Cod. Bco.	No. del cheque	No. cuenta corriente	Valor

Total Cheque	$
Total Efectivo	$ 200.000 -

Marque con una X la forma como envía la información

[ ] Voluntarias en Línea 0 1 2

[ ] Correo electrónico 0 1 1

Documento de identidad DV Tipo

6 0 2 7 8 5 7 1 [ ] [ ] [ ] — [ ] NIT [X] C.C. [ ] C.E

Nombre o razón social
Reina del Socorro Correa perez

Dirección o sitio de trabajo
Calle 2a # 11A-33 urb. San Martin

Ciudad o municipio	Departamento
Teléfono	**Número de transacción en caso de conocerlo**

4

COMPROBANTE DE PAGO
FONDO DE PENSIONES VOLUNTARIAS MULTINVERSIÓN

Nit. 800.198.281-5

Protección

Marque con "X" la entidad donde hace la consignación

☐ Protección	☐ Bancolombia CONVENIO 101	☐ Davivienda CONVENIO 1042431	☐ Banco de Bogotá CONVENIO 113

Fecha de Consignación: 26 (Día) 04 (Mes) 2024 (Año)

RELACIÓN DE CHEQUES

Cod. Bco.	No. del cheque	No. cuenta corriente	Valor

Total Cheque	$
Total Efectivo	$ 21,000

Marque con una X la forma como envía la información

☐ Voluntarias en Línea 0,1,2

☐ Correo electrónico 0,1,1

Documento de identidad: 6,0,2,7,8,5,7,1,1,1,—,1 DV

Tipo: ☐ NIT ☒ C.C. ☐ C.E

Nombre o razón social: Reina del Socorro Cortes Pérez

Dirección o sitio de trabajo: Calle 7a # 11A33 Vda. San Martín

Ciudad o municipio	Departamento
Teléfono	**Número de transacción en caso de conocerlo**