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 CAQUETÁ

CENTRO TECNOLÓGICO DE LA AMAZONÍA-CAQUETÁ

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

Código Regional	**18**
Código Centro	**951610**
Fecha Elaboración	**Abril de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**10533-594181**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	MILANY QUINTERO ROMO	**Banco a consignar:**	BANCO DE BOGOTA
Cédula de Ciudadanía	22.609.412	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	milanyquinteroromo@gmail.com	**Número de Cuenta:**	201084191
IP/Nº de contacto:	3203206978	**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	SI
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:	5879601/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**10624**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	6

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	Prestar los servicios profesionales de carácter temporal, en actividades de Instructor del área Servicio Farmacéutico, impartiendo Formación Profesional Integral, la administración educativa y el seguimiento en la etapa productiva; en las diferentes áreas del conocimiento de la formación Titulada Presencial, y Complementaria y A Distancia en los programas regular que imparte el Centro

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/04/2024**	**Al**	**30/04/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 16.398.488
Número de pago	**3**			**Valor Total del Contrato:**	$ 25.892.350
Valor Bruto Pago:			**$ 5.178.470,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 11.220.018

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 5.178.470	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	**$ 5.178.470**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.746.242**	**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		----------	**9464501162**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 2.071.388	$ 2.071.388
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 259.000	$ 259.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 331.500	$ 331.500
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 10.900	$ 10.900
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		$ 1.553.541	
Intereses Prestamo de Vivienda		$ 3.500.000	
Dependientes hasta		$ 517.847	
Salud hasta	$ 753.040	$ 753.040	
Renta Exenta 25%	$ 18.590.675	$ 0	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 953.573		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.746.242,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.587.970,00	
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 - FLORENCIA	27.528,00	0,600%
-	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	**$5.150.942,00**	

SON: CINCO MILLONES CIENTO CINCUENTA MIL NOVECIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Impartí formación en el programa Técnico en Servicio Farmacéutico con ficha N.2773188

Impartí Formación complementaria en Tecnovigilancia . FICHA: 2946151

Impartí Formación en complementaria Farmacovigilancia . FICHA: 2946148

Evalué los resultados de aprendizaje ejecutados según planeación complementaria Farmacovigilancia con ficha N. 2946148

Evalué los resultados de aprendizaje ejecutados según planeación complementaria Tecnovigilancia ficha: 2946151

Evalué los resultados de aprendizaje ejecutados según planeación del Técnico en Servicio Farmacéutico con ficha N.2773188

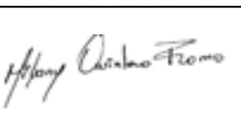
Preste mis servicios como instructor de acuerdo con las normas legales y reglamentarias y de conformidad con las exigencias.

Presente dentro de las fechas establecidas por la Coordinación académica el informe de cuenta mensual de ejecución contractual.

Recursos: Nación. Lugar donde presto los servicios: Florencia.

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



MILANY QUINTERO ROMO
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

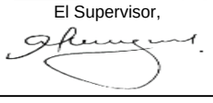
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:

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,



ALBA LUZ MENDEZ ROJAS
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
HELMAN CASTAÑEDA CASTAÑEDA
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 22609412		QUINTERO ROMO MILANY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRR 18 # 1 20	FLORENCIA-CAQUETA	4356606	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-04	2024-04	593461405	9464501162	I	2024/05/06	2024/04/23	BANCO DAVIVIENDA	0	$598,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,061,388	$329,900			$2,061,388	$257,700			$0	$0			$2,061,388	$10,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,061,388	$329,900			$2,061,388	$257,700			$0	$0			$2,061,388	$10,800		$0	$0
Ciudad: FLORENCIA Depto: CAQUETA (1 Afiliados)					$2,061,388	$329,900			$2,061,388	$257,700			$0	$0			$2,061,388	$10,800		$0	$0
1	CC	22609412	QUINTERO MILANY	230301	30	$2,061,388	$329,900	EPS005	30	$2,061,388	$257,700		0	$0	$0	14-23	30	$2,061,388	$10,800	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$2,061,388	$329,900			$2,061,388	$257,700			$0	$0			$2,061,388	$10,800		$0	$0

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 22609412		QUINTERO ROMO MILANY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRR 18 # 1 20	FLORENCIA-CAQUETA	4356606	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-04	2024-04	593461405	9464501162	I	2024/05/06	2024/04/23	BANCO DAVIVIENDA	0	$598,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$329,900	$0	$0	$329,900
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$329,900	$0	$0	$329,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$10,800	$0	$0	$10,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$10,800	$0	$0	$10,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$257,700	$0	$0	$257,700
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$257,700	$0	$0	$257,700
TOTAL				**1**	**$598,400**	**$0**	**$0**	**$598,400**

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 22609412		QUINTERO ROMO MILANY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRR 18 # 1 20	FLORENCIA-CAQUETA	4356606	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-04	2024-04	616401564	9466708368	N	2024/05/06	2024/05/03	BANCO DAVIVIENDA	0	$3,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$10,000	$1,600			$10,000	$1,300			$0	$0			$10,000	$100		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$10,000	$1,600			$10,000	$1,300			$0	$0			$10,000	$100		$0	$0
Ciudad: FLORENCIA Depto: CAQUETA (1 Afiliados)						$10,000	$1,600			$10,000	$1,300			$0	$0			$10,000	$100		$0	$0
1	CC	22609412	QUINTERO MILANY	230301	30	($2,061,388)	($329,900)	EPS005	30	($2,061,388)	($257,700)		0	$0	$0	14-23	30	($2,061,388)	($10,800)	0	$0	$0
2	CC	22609412	QUINTERO MILANY	230301	30	$2,071,388	$331,500	EPS005	30	$2,071,388	$259,000		0	$0	$0	14-23	30	$2,071,388	$10,900	0	$0	$0
Total			**Afiliados(1)**			$10,000	$1,600			$10,000	$1,300			$0	$0			$10,000	$100		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 22609412		QUINTERO ROMO MILANY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRR 18 # 1 20	FLORENCIA-CAQUETA	4356606	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-04	2024-04	616401564	9466708368	N	2024/05/06	2024/05/03	BANCO DAVIVIENDA	0	$3,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,600	$0	$0	$1,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$1,600	$0	$0	$1,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$100	$0	$0	$100
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$100	$0	$0	$100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,300	$0	$0	$1,300
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$1,300	$0	$0	$1,300
TOTAL				1	$3,000	$0	$0	$3,000