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 TOLIMA

CENTRO AGROPECUARIO LA GRANJA-TOLIMA

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

Código Regional	**73**
Código Centro	**912310**
Fecha Elaboración	**Mayo de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**29227-699852**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	MONICA DIAZ RAMIREZ	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	40.443.956	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	modiazr@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	84462477600
IP/Nº 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

Nº del contrato:	5880685/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**35424**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	Prestación servicios personales de carácter temporal como Instructor para planear, ejecutar y orientar la Formación Profesional Integral en las redes y áreas temáticas de formación, que programe el Centro Agropecuario La Granja en sus diferentes niveles en modalidad presencial, virtual y a distancia, atendiendo las políticas institucionales y la normatividad vigente.

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/04/2024**	**Al**	**30/04/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 35.673.000
Número de pago	**3**			**Valor Total del Contrato:**	$ 43.569.000
Valor Bruto Pago:			**$ 4.230.000,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 31.443.000

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.230.000	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	**$ 4.230.000**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.803.800**	**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		----------	**1742561339**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.692.000	$ 1.692.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 211.500	$ 211.500
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 270.800	$ 270.800
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 8.900	$ 8.900
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		$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -	
Dependientes hasta		$ -	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 34.082.904	$ 935.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 1.745.075		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.803.800,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.230.000,00	
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 - 8551 - ESPINAL	21.150,00	0,500%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
Pro-Universidad	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	**$4.208.850,00**	

SON: CUATRO MILLONES DOSCIENTOS OCHO MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se atendió la formación de los aprendices, cumpliendo con la programación académica predeterminada en las fichas 2971859, 2971860, 2971862, 2971863 (modalidad virtual) y 2963531, 2963533 (modalidad presencial). En la plataforma ZAJUNA se evaluaron los aprendizajes previos a las fichas asignadas. Se impartió formación virtual a través del LMS - ZAJUNA en las fichas asignadas. Se realizó apoyo en la ejecución del desarrollo curricular de acuerdo con la innovación y desarrollo tecnológico.Se publicaron anuncios y se enviaron mensajes informativos del curso durante las semanas de formación. Se programaron y realizaron sesiones sincrónicas de atención a los aprendices a través de la herramienta Microsoft Teams. Se mantuvo disponibilidad en los horarios establecidos de atención del chat sincrónico dispuesto en la plataforma ZAJUNA. Se emitieron juicios de evaluación de las fichas 2963531 y2963533. En el sistema de gestión SOFIA Plus, se verificó que todos los aprendices seleccionados estén asociados a la ruta de aprendizaje y se verificó su estado de matrícula de las fichas asignadas. Se socializó el manual de convivencia y el reglamento del aprendiz a través del LMS - ZAJUNA.

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

MONICA DIAZ RAMIREZ
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,
Firmado digitalmente porAndres Josue Piñeros Hernandez
Fecha: 2024.05.01 20:09:05 -05'00'

ANDRES JOSUE PIÑEROS HERNANDEZ
COORDINADOR ACADEMICO

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
JUAN CAMILO SOTO DIAZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

01/05/24 16:33:32 USUARIO: SIC - C.C. 40443956

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Scotiabank COLPATRIA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	40443956
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MONICA DIAZ RAMIREZ DIAZ RAMIREZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 57 # 36A-69	TELÉFONO:	6811724
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de atención de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**1742561339**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	marzo	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	marzo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2024	SALUD:	AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:		13			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/04/24	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		3256949638

NOVEDADES

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

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 236.100
SUBTOTAL:			1	**$ 236.100**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900156264	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	$ 184.500
SUBTOTAL:			1	**$ 184.500**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 7.800
SUBTOTAL:			1	**$ 7.800**

VALOR SIN MORA:	**$ 423.600**
VALOR MORA:	**$ 4.800**
TOTAL PAGADO:	**$ 428.400**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	40443956
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MONICA DIAZ RAMIREZ DIAZ RAMIREZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 57 # 36A-69	TELÉFONO:	6811724
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de atención de la salud humana.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**1742561339**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	marzo AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	marzo AÑO 2024
DÍAS DE MORA:		13			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/04/24	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		3256949638

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	$ 233.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.600	$ 0	$ 233.500	$ 2.600	$ 236.100
SUBTOTALES:										**$ 233.500**	**$ 2.600**	**$ 236.100**

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
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 182.400	$ 0	$ 2.100	$ 0	$ 182.400	$ 2.100	$ 0	$ 184.500
SUBTOTALES:													**$ 182.400**	**$ 2.100**	**$ 0**	**$ 184.500**

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	$ 7.700	$ 7.700	$ 100	$ 0	$ 7.800
SUBTOTALES:									**$ 7.700**	**$ 100**	**$ 0**	**$ 7.800**

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	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
1	CC 40443956	DIAZ RAMIREZ MONICA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.459.068				NO																		25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.459.068	$ 233.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 233.500	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.459.068	$ 182.400	$ 0	$ 182.400	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.459.068	40443956	$ 7.700		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 428.400**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	40443956
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MONICA DIAZ RAMIREZ DIAZ RAMIREZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 57 # 36A-69	TELÉFONO:	6811724
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de atención de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**1743219103**		TIPO DE PLANILLA:	N-CORRECCIONES	
PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS:	MES:	marzo	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES:	marzo
	AÑO:	2024		AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:		22			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/05/03	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		3946104866

NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	1742561339	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	2024/04/24

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 38.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 38.000**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900156264	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	$ 29.700
		SUBTOTAL:	1	**$ 29.700**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 1.300
		SUBTOTAL:	1	**$ 1.300**

VALOR SIN MORA:	**$ 67.600**
VALOR MORA:	**$ 1.400**
TOTAL PAGADO:	**$ 69.000**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	40443956
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MONICA DIAZ RAMIREZ DIAZ RAMIREZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 57 # 36A-69	TELÉFONO:	6811724
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de atención de la salud humana.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**1743219103**			TIPO DE PLANILLA:	N-CORRECCIONES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES marzo AÑO 2024			PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES marzo AÑO 2024
DÍAS DE MORA:	22				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/05/03			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	3946104866
NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	1742561339			FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	2024/04/24

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	$ 37.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 700	$ 0	$ 37.300	$ 700	$ 38.000
SUBTOTALES:										**$ 37.300**	**$ 700**	**$ 38.000**

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	$ 29.100	$ 0	$ 600	$ 0	$ 29.100	$ 600	$ 0	$ 29.700
SUBTOTALES:													**$ 29.100**	**$ 600**	**$ 0**	**$ 29.700**

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	$ 1.200	$ 1.200	$ 100	$ 0	$ 1.300
SUBTOTALES:									**$ 1.200**	**$ 100**	**$ 0**	**$ 1.300**

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	TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 40443956	DIAZ RAMIREZ MONICA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.459.068				NO							A										25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.459.068	$ 233.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 233.500	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.459.068	$ 182.400	$ 0	$ 182.400	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.459.068	40443956	$ 7.700		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	CC 40443956	DIAZ RAMIREZ MONICA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.459.068				NO							C	01-30									25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.692.000	$ 270.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 270.800	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.692.000	$ 211.500	$ 0	$ 211.500	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.692.000	40443956	$ 8.900		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	CC 40443956	DIAZ RAMIREZ MONICA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.459.068				NO							R	01-30									25-14 COLPENSIONES	0	$ 232.932	$ 37.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 37.300	EPS037-NUEVA EPS	0	$ 232.932	$ 29.100	$ 0	$ 29.100	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	0	$ 232.932	40443956	$ 1.200		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 69.000**