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)

DIRECCIÓN GENERAL

DIRECCION DE PROMOCION Y RELAC CORPORATIVAS -ACCIONES REGULARES -ECONOMIA POPULAR

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

Código Regional	**1**
Código Centro	**101001**
Fecha Elaboración	**Junio de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**81629-477809**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	MONICA DEL PILAR MEDINA VARGAS	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	26.430.125	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	monicapimeva@gmail.com	**Número de Cuenta:**	45189296774
IP/Nº de contacto:	3124145372	**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:	6292477/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**353724**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	8

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES: RAD. 01-9-2024-028820 PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO INVESTIGADOR JUNIOR PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LA ECONOMÍA CAMPESINA Y DE LA ECONOMÍA POPULAR EN LOS SECTORES Y REGIONALES ASIGNADOS EN EL MARCO DEL PRO

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/06/2024 Al 30/06/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 38.500.000
Número de pago	**2**	**Valor Total del Contrato:**	$ 42.716.667
Valor Bruto Pago:	**$ 5.500.000,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 33.000.000

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 5.500.000	Retención en la fuente a practicar Artículo 383 rentas	5,98%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 390.562
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 4.216.667		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 9.716.667**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 6.526.767**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 390.562**

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

		Junio	Mayo
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**77659092**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 2.200.000	$ 1.293.111
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 275.000	$ 161.700
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 352.000	$ 206.900
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL	I	$ 11.500	$ 6.800
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ 206.900	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ 161.700	
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ 6.800	
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%	$ 24.787.566	$ 2.176.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 960.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	6.526.767,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.873.000,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	390.562,00	5,98%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299 - BOGOTÁ	47.073,00	0,966%
-	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	**$5.062.365,00**	

SON: CINCO MILLONES SESENTA Y DOS MIL TRESCIENTOS SESENTA Y CINCO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Seguimiento con los Asistentes de Relacionamiento con la Ciudadanía de las Regionales: Valle, Risaralda, Quindío, Caldas y Chocó

Formulación y ajuste de las preguntas propuestas para los instrumentos, enfocadas a identificar las necesidades de formación y orienta productiva de los municipios, con el grupo de Economía Campesina

Revisión bibliográfica de información de contextualización para la proyección del boletín propuesto para el cierre de brechas - rural

Presentación de propuesta y redacción un Boletín, enfocado a las brechas que presenta la población campesina para acceder a servicios

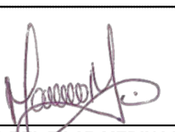
Asistencia a 7 reuniones con el equipo Nacional de Caracterización, para revisión de estrategias y seguimiento para los talleres

Asistencia y participación a reuniones de seguimiento - Trabajo de caracterización con las regionales Valle, Risaralda, Quindío, Calda Chocó y Nariño, con el fin de definir municipios, rutas, grupos focales, SENA proveedor SENA, y portafolio de servicios

Reuniones de seguimiento - Trabajo de caracterización con las regionales asignadas, plasmando los respectivos recorridos

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 DEL PILAR MEDINA VARGAS
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,

YUDY TORRES PEREZ
ASESOR G03

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
CARLOS ALFONSO MAYORGA PRIETO
DIRECTOR DE AREA G10

13/06/24 17:55:49 USUARIO: SIC - C.C. 26430125

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	26430125	MONICA DEL PILAR MEDINA VARGAS	Av 5a Norte 47b-09	3124145372	monicapimeva@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		VALLE DEL CAUCA	CALI		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-05	2024-05	I	05/06/2024	77659092	$638.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	275.000	0		0		0	0	0	0	275.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	352.000	0	0	0	0	0	0		352.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	11.500				11.500	0	0	11.500			115	11.500	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	275.000	275.000
Pensión	1	352.000	352.000
Riesgos Laborales	1	11.500	11.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	638.500	638.500

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	26430125	MONICA DEL PILAR MEDINA VARGAS		Av 5a Norte 47b-09	3124145372	monicapimeva@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	I – Independiente			VALLE DEL CAUCA	CALI	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-05	2024-05	I	05/06/2024	77659092	$638.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornudo	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	26430125	MEDINA VARGAS MONICA DEL PILAR	59	0			N																	230301	2.200.000	352.000	0	0	0	0	EPS005	2.200.000	275.000	14-23	2.200.000	1	11.500		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Gmail Moni Medina <monicapimeva@gmail.com>

💸 PSE Transacción Aprobada - CUS 684334155 ✅

1 mensaje

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co> 5 de junio de 2024, 10:59
Para: monicapimeva@gmail.com



¡Hola, Monica Medina Vargas!

Gracias por utilizar los servicios de BANCOLOMBIA y PSE.
los siguientes son los datos de tu transacción:

Estado de la Transacción: **Aprobada**
CUS: 684334155
Empresa: COMPENSAR-OI
Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Valor de la Transacción: $ 638.500
Fecha de Transacción: 05/06/2024

Ten en cuenta estos tips de seguridad

▶Digita siempre manualmente la dirección del portal de tu Banco para asegurar que no estas siendo redirigido a un sitio que suplanta a tu Entidad Financiera.