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 SANTANDER

CENTRO DE GESTIÓN AGROEMPRESARIAL DEL ORIENTE-SANTANDER

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

Código Regional	**68**
Código Centro	**954610**
Fecha Elaboración	**Junio de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**19510-735644**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	MÓNICA YADIRA QUIROGA HERNANDEZ	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	52.323.247	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	myquiroga55@misena.edu.co	**Número de Cuenta:**	91290538306
IP/Nº de contacto:	3505616	**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:	6185704/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**55324**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	9

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	SERVICIOS PERSONALES: PSP, CARÁCTER TEMPORAL EN LA ORIENTACIÓN DE FORMACIÓN EN EL PROGRAMA DE ATENCIÓN A LA POBLACIÓN DESPLAZADA EN EL ÁREA DE AGRÍCOLA, CONFORME A LOS MODELOS FORMATIVOS ESTABLECIDOS DEL CGAO SENA REGIONAL SANTANDER.

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/05/2024 Al 31/05/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 30.926.933
Número de pago	**2**	**Valor Total del Contrato:**	$ 33.826.333
Valor Bruto Pago:	**$ 4.142.000,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 26.784.933

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.142.000	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	**$ 4.142.000**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.739.500**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Mayo	Abril			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**29330954-30066**	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.739.500,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.656.800	$ 1.300.000	Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.142.000,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 207.100	$ 162.500	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 265.100	$ 208.000	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL	II	$ 17.300	$ 13.600	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		Reteica - 8543 - VELEZ	8.284,00	0,200%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		-	0,00	0%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		-	0,00	0%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -		-	0,00	0%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -		-	0,00	0%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	$ 753.040	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	$ 27.886.012	$ 913.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 629.000					
				Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		$		**VALOR A PAGAR**	**$4.133.716,00**	

SON: CUATRO MILLONES CIENTO TREINTA Y TRES MIL SETECIENTOS DIECISEIS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

3000708 - MUESTREO DE SUELOS AGRÍCOLAS- 48H

2975609 - MANEJO RACIONAL DE PLAGUICIDAS- 10H

2985941 - MANEJO DE LA NUTRICIÓN EN CULTIVOS AGRÍCOLAS- 60H

2994891 - MUESTREO DE SUELOS AGRÍCOLAS- 48H

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



MÓNICA YADIRA QUIROGA HERNANDEZ
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

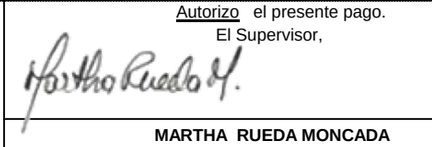
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:

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,



MARTHA RUEDA MONCADA
INSTRUCTOR G20

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
JAVIER GONZALEZ FRANCO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

17/06/24 13:00:42 USUARIO: SIC - C.C. 52323247

ASOPAGOS s.a.

Certificación de Pago

Se certifica que la empresa , identificada con CC-52323247 sucursal 03, canceló los aportes de seguridad social y parafiscales de la siguiente manera:

REFERENCIA POR TIPO DE PLANILLA		CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE ADMINISTRADORA	Nro. AFILIADOS	DÍAS MORA	COTIZACIÓN	INTERES	VALOR TOTAL
Período pensión:	2024-04	230301	800224808	PORVENIR	1	0	208.000	0	208.000
Período salud:	2024-04	EPS005	800251440	SANITAS	1	0	162.500	0	248.900
Planilla Nro.:	29330954 Tipo I	SINARP	0	SINARP	0	0	0	0	0
Clase de aportante:	I	SINCCF	0	SIN CCF	0	0	0	0	0
Fecha transacción:	2024-05-11	CCF24	860066942	COMPENSAR-CCF	1	0	26.000	0	26.000
Banco:	BANCOLOMBIA	PASENA	899999034	SENA	0	0	0	0	0
Transacción:	633518426	PAICBF	899999239	ICBF	0	0	0	0	0
		PAESAP	899999054	ESAP	0	0	0	0	0
		PAMIED	899999001	MINEDU	0	0	0	0	0
				GRAN TOTAL					$ 482.900

PAGADO

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	MONICA YADIRA QUIROGA HERNANDEZ
IDENTIFICACIÓN:	CC-52323247
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	03
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	03
FECHA GENERACION REPORTE:	2024-06-05
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2024-05-14
FECHA DE PAGO:	2024-06-06
ENTIDAD DE PAGO:	BANCOLOMBIA
PERÍODO PENSIÓN:	2024-04
PERÍODO SALUD:	2024-04
NÚMERO PLANILLA:	30066340
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	30066340
TIPO DE PLANILLA:	N

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	$ 0	$ 0	$ 900	$ 44.600	$ 45.500
Subtotal Salud		1	1	$ 0	$ 0	$ 900	$ 44.600	$ 45.500
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 0	$ 0	$ 1.100	$ 57.100	$ 58.200
Subtotal Pensión		1	1	$ 0	$ 0	$ 1.100	$ 57.100	$ 58.200
CCF24	860066942	COMPENSAR-CCF	1	$ 0	$ 0	$ 200	$ 7.200	$ 7.400
Subtotal CCF		1	1	$ 0	$ 0	$ 200	$ 7.200	$ 7.400
			Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 2.200	$ 108.900	$ 111.100

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	14/06/2024

RAZÓN SOCIAL :	MONICA YADIRA QUIROGA HERNANDEZ
IDENTIFICACIÓN:	CC-52323247
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	03
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	03
FECHA GENERACION REPORTE:	2024-06-17
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2024-05-14
FECHA DE PAGO:	2024-06-07
ENTIDAD DE PAGO:	BANCOLOMBIA
PERÍODO PENSIÓN:	2024-04
PERÍODO SALUD:	2024-04
NÚMERO PLANILLA:	30089763
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	30089763
TIPO DE PLANILLA:	N

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 0	$ 0	$ 400	$ 17.300	$ 17.700
Subtotal ARL		1	1	$ 0	$ 0	$ 400	$ 17.300	$ 17.700
			Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 400	$ 17.300	$ 17.700

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	14/06/2024

CERTIFICACIÓN CUMPLIMIENTO CIRCULAR NO 3-2023-0000014

Certifico que **Mónica Yadira Quiroga Hernández,** contratista que se identifica con cédula de ciudadanía **52323247** cumplió con los documentos médicos y de ayudas diagnosticas exigidos para la contratación

Documentos solicitados en la circular 3-2023-0000014: "Exámenes Preocupacionales para Contratos de prestación de servicios personales emitido por la Secretaría General". Esta certificación debe ser entregado dentro de los documentos de la cuenta, en cumplimiento de lo solicitada por la Circular 3-2023-0000014.

Se firma en Bucaramanga el 17 de junio del 2024

Cordial saludo,



CESAR AUGUSTO SANCHEZ QUINTERO
Médico SST Regional Santander
Especialista en Salud Ocupacional