

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	41928856	CLAUDIA PATRICIA GIRALDO HENAO		barrio la universal manzana 3 casa 9	7346937	claudiagiraldohenao@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			QUINDIO	ARMENIA	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2024-05	2024-05	I	17/06/2024	77503408	TOTAL A PAGAR
					\$518.500

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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	223.300	0		0		0	0	0	0	223.300	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	285.800	0	0	0	0	0	0		285.800	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	9.400				9.400	0	0	9.400			94	9.400	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	223.300	223.300
Pensión	1	285.800	285.800
Riesgos Laborales	1	9.400	9.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	518.500	518.500

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	41928856	CLAUDIA PATRICIA GIRALDO HENAO		barrio la universal manzana 3 casa 9	7346937	claudiagiraldohenao@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			QUINDIO	ARMENIA	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2024-05	2024-05	I	17/06/2024	77503408	10
					TOTAL A PAGAR
					\$518.500

DETALLE POR COTIZANTE																																														
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES													
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Exonerado	Clase exterior	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	MA	MA	APP	VCT	RL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o 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	41928856	GIRALDO HENAO CLAUDIA PATRICIA	59	0		N																	25-14	1.786.218	285.800	0	0	0	0	EPS010	1.786.218	223.300	14-23	1.786.218	1	9.400		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Comprobante

de pago en línea



COMPENSAR-OI

Pago realizado por: CLAUDIA PATRICIA GIRALDO HENAO

Nro. de recibo: 77503408

Descripción del pago: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Identificación del contribuyente: 191.95.154.228

Concepto: CC

Razón Social: 41928856

Fecha y hora de la transacción: Lunes 17 de Junio de 2024 12:06:17 PM

Nro. de comprobante: 0000011623

Valor pagado: \$ 518,500.00

Producto: *****9874

Bancolombia S.A.

Comuníquese con nuestra Sucursal Telefónica Bancolombia: Bogotá 343 0000 - Medellín 510 9000 - Cali 554 0505 - Barranquilla 361 8888 - Cartagena 693 4400 - Bucaramanga 697 2525 - Pereira 340 1213 - El resto del país 01 800 09 12345 - Sucursales Telefónicas en el exterior: España 900 995 717 - Estados Unidos 1866 379 9714, en caso de recibir una alerta o notificación de una transacción que presenta alguna irregularidad.

Bancolombia nunca le solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospchoso@bancolombia.com

<div><div>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</div></div>	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 QUINDÍO CENTRO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO-QUINDIO Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Código Regional		63	
			Código Centro		953810	
			Fecha Elaboración		Junio de 2024	
			Versión		MARZO 2024 - 2,24	
			ID de Proceso		60601-600278	
DATOS DEL CONTRATISTA						
Nombres y apellidos:		CLAUDIA PATRICIA GIRALDO HENAO		Banco a consignar:	BANCOLOMBIA	
Cédula de Ciudadanía		41.928.856		Tipo de cuenta:	AHORROS	
Correo electrónico:		cpgiraldoh@sena.edu.co		Número de Cuenta:	75691339874	
IP/N° de contacto:		3127588289		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						
N° del contrato:		5857509/2024		N° Compromiso SIIF	20424	
				Número de pagos durante la vigencia del contrato	11	
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		INSTRUCTOR:ORIENTAR FORMACION INTEGRAL TITULADA COMPLEMENTARIA PRESENCIAL/VIRTUAL 63-9-2024-000872				
DATOS PERIODO DEL PAGO						
Del		01/06/2024		Al		
		30/06/2024				
Número de pago		5		Saldo Anterior del Contrato:		
Valor Bruto Pago:		\$ 4.465.545,00		\$ 28.877.192		
				Valor Total del Contrato:		
				\$ 46.590.520		
				Nuevo Saldo del Contrato:		
				\$ 24.411.647		
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO						
Ingresos por honorarios		\$ 4.465.545		Ninguno		
Ingresos por comisiones		\$ 0		Retencion en la Fuente del Periodo		
Ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 0		\$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO		\$ 4.465.545		Menos, Retefuente Otros Ingresos		
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 2.960.045		\$ 0		
				TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		
				\$ 0		
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR						
		Junio		Mayo		
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----		77503408		
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.786.218		\$ 1.786.218		
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 223.300		\$ 223.300		
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 285.800		\$ 285.800		
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -		\$ 0		
ARL		\$ 9.400		\$ 9.400		
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		\$ 987.000		
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 3.914.848				
Retención en la Fuente Contingente		\$				
				Base retención en la fuente a titulo de RENTA		
				2.960.045,00		
				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 - ARMENIA		
				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%		
				Otras Retenciones		
				0,00		
				0,000%		
				Descuentos de embargo (Si tiene)		
				0,00		
				VALOR A PAGAR		
				\$4.465.545,00		
SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS CUARENTA Y CINCO PESOS M/CTE						
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO						
Participar en la planeación de los procesos formativos de acuerdo con los lineamientos institucionales, para las áreas relacionadas con el desarrollo de los programas de Formación Profesional.						
Obrar con lealtad, buena fe, decoro y respeto en todas las actuaciones tendientes a la ejecución del objeto contractual contratado.						
Reportar en el sistema SOFIA Plus o la plataforma académico administrativa requerida, en un plazo máximo de tres (3) días hábiles una vez finalizada la jornada de formación.						
Participar cuando el centro de formación lo requiera, en jornadas de diseño y desarrollo curricular de programas de Formación Profesional.						
Ejecutar la formación profesional integral de acuerdo con el currículo, desarrollo curricular y proyecto formativo de los programas de Formación Profesional.						
Aplicar según la modalidad, estrategias de enseñanza, aprendizaje, seguimiento y evaluación de acuerdo con los lineamientos pedagógicos de los programas de Formación Profesional.						
Emitir juicio evaluativo sobre el nivel de cumplimiento de los resultados de aprendizajes de las competencias del programa, adquiridos durante la formación.						
Registrar, verificar y hacer seguimiento oportuno en el sistema de información que la entidad defina para la Gestión de la Formación Profesional.						
Aplicar y hacer cumplir el reglamento del aprendiz, así como el manual de convivencia del Centro de Formación.						
PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:						
1. Cumpli 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						
CLAUDIA PATRICIA GIRALDO HENAO 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 periodo 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,						
ADRIAN MAURICIO ARTUNDUAGA CLAROS INSTRUCTOR G10						
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 CESAR AUGUSTO OSPINA PUERTAS SUBDIRECTOR DE CENTRO G02						