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 CUNDINAMARCA

CENTRO DE DESARROLLO AGROINDUSTRIAL Y EMPRESARIAL-CUNDINMARCA

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

Código Regional	**25**
Código Centro	**950910**
Fecha Elaboración	**Junio de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**64688-139675**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	JUAN CARLOS GALINDO BETANCOURT	**Banco a consignar:**	BANCO COLPATRIA
Cédula de Ciudadanía	17.345.398	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	jgalindob@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	0942001998
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**	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:	6038718/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**43524**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	9

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: NÓMINA Y PRESTACIONES SOCIALES. PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES, TECNÓLOGO Y/O TÉCNICO PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DE FORMACIÓN DEL NIVEL TÉCNICO, TECNOLÓGICO Y/O COMPLEMENTARÍA DEL PROGRAMA REGULAR, ATENDIENDO LAS POLÍT

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/06/2024 Al 30/06/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 26.793.270
Número de pago	**4**	**Valor Total del Contrato:**	$ 40.189.905
Valor Bruto Pago:	**$ 4.465.545,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 22.327.725

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.465.545	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	**$ 4.465.545**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.960.045**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Junio	Mayo
Nº Planilla PILA, o, Nº Radicación pago SS		----------	**8377492185**
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%	$27.886.012	$ 987.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 2.961.000		
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	3.956.445,00	
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 - VILLETA	31.652,00	0,800%
-	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	**$4.433.893,00**	

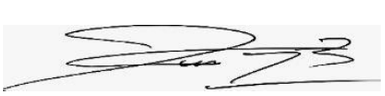
SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y TRES PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Dando cumplimiento al objeto de pago del mes de Junio de 2024, con la ejecución del contrato de prestación de servicios No. CO1.PCCNTR.6038718, funciones Impartir formación, objeto del contrato prestación de servicios profesionales, para el desarrollo de las actividades de formación nivel técnico, tecnológico y/o complementaría del programa Regular, atendiendo las políticas institucionales y la normatividad vigente de acuerdo con las necesidades, la programación establecida y los productos de formación pactados del Centro de Desarrollo Agroindustrial y Empresarial/Regional Cundinamarca, entrega, revisión y retroalimentación de evidencias, registro de evaluativos, Actividades formativas, Ficha 2825244,Competencia: Generar Nómina de Acuerdo con Normativa TÉCNICO NÓMINA Y PRESTACIONES Y PRESTACIONES SOCIALES, y Transversal de emprendimiento Técnico CATASTRO Ficha 29229362 y Técnico TOPOGRAFIA Y GEORREFERENCIACION Ficha 2875999 Transversal, RAP : Gestionar Procesos Propios de la Cultura Emprendedora y Empresarial de acuerdo a Perfil Personal y los Requerimientos de los contextos productivos y Social

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



JUAN CARLOS GALINDO BETANCOURT
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

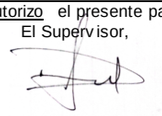
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:

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,



HERNANDO DANIEL GONZALEZ ARTEAGA
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

NYDIA JIMENA RODRIGUEZ RODRIGUEZ

SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): JUAN CARLOS GALINDO BETANCOURT
No. Identificación: CC17345398
Dirección: CRA 29A 46 25 LA GRAMA
Telefono: 6640534
Correo: jgbcontables@gmail.com
Ciudad: VILLAVICENCIO
Número de Planilla: 8377492185

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	JUAN CARLOS GALINDO BETANCOURT
Tipo y número de identificación	CC17345398
Número de planilla	8377492185
Fecha pago	2024-06-26
Número de autorización pago	96373436
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	mayo de 2024
Periodo de Cotización Pensión	mayo de 2024
Número de Administradoras	3
Total Pagado	518800
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	9400	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	286000	1
EPS005	Sanitas EPS	223400	1

8377492185

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 17345398
APELLIDOS Y NOMBRES: JUAN CARLOS GALINDO BETANCOURT

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS005	25-14	1787000	1787000	1787000	0	223400	0	286000	0	9400	0

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

	Versión: 02
	Código: DO-F-055

Proceso Desarrollo Organizacional

Formato Auto Reporte De Condiciones De Salud

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombres y Apellidos	JUAN CARLOS GALINDO BETANCOURT	Fecha diligenciamiento	1/07/2024
Número de identificación	17345398	Cargo	INSTRUCTOR
Centro/despacho/DG	Centro de Desarrollo Agroindustrial y Empresarial - Regional Cundinamarca.	Sede	PUERTO SALGAR
Tipo de vinculación (Funcionario, trabajador oficial, contratista)	Prestación de servicios profesionales, CONTRATISTA		

CONDICIONES DE SALUD	SI	NO	DESCRIPCIÓN
¿En los últimos tres (3) meses ha sufrido algún accidente? (describir brevemente)		X	
¿En los últimos tres (3) meses le han diagnosticado alguna enfermedad? (describir brevemente)		X	
¿En los últimos tres (3) meses ha presentado sintomatología que haya afectado sus condiciones de salud? (describir brevemente)	X		
¿Actualmente se encuentra en algún tratamiento médico? (describir brevemente)	X		Tratamiento Urologico y Cirugia General
¿Actualmente se encuentra incapacitado? (describir brevemente las causas de la incapacidad)		X	
¿En los últimos tres (3) meses estuvo incapacitado? (describir brevemente las causas de la incapacidad)	X		incapacitado por Enfermada General

Firma del Trabajador:		Cédula:	17345398

OBSERVACIONES (Espacio reservado para el médico laboral de la entidad)	
NOMBRE Y FIRMA DEL MÉDICO LABORAL O LÍDER DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO O QUIEN HAGA SUS VECES EN LAS SEDES	