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 CÓRDOBA**

**CENTRO AGROPECUARIO EL PORVENIR-CÓRDOBA**

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

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **23** |
| **Código Centro** | **911510** |
| **Fecha Elaboración** | **Julio de 2024** |
| **Versión** | **MARZO 2024 - 2,24** |
| **ID de Proceso** | **78112-289235** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos:** | MARIA ALEJANDRA RICARDO MARTINEZ | **Banco a consignar:** | BANCOLOMBIA |
| **Cédula de Ciudadanía** | 1.067.884.111 | **Tipo de cuenta:** | AHORROS |
| **Correo electrónico:** | marialejandraricardo@gmail.com | **Número de Cuenta:** | 47789778287 |
| **IP/Nº de contacto:** | 53405 | **Presta Servicios Excluidos de IVA:** | NO |
| **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:** | 6297913/2024 | **Nº Compromiso SIIF** | **128824** | **Número de pagos durante la vigencia del contrato** | 8 |

| | |
|---|---|
| **OBJETO CONTRACTUAL:** (Descripciòn del servicio prestado) | PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL DE INSTRUCTORES PARA IMPARTIR FORMACION INTEGRAL EN EL PROGRAMA OFERTA REGULAR DEL CENTRO AGROPECUARIO Y DE BIOTECNOLOGÍA EL PORVENIR DE CÓRDOBA EN EL AREA DE INFORMACION Y SERVICIO AL CLIENTE |

## DATOS PERIODO DEL PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Del** | **01/06/2024 Al 30/06/2024** | **Saldo Anterior del Contrato:** | $ 28.877.191 |
| **Número de pago** | **2** | **Valor Total del Contrato:** | $ 32.151.924 |
| **Valor Bruto Pago:** | **$ 4.465.545,00** | **Nuevo Saldo del Contrato:** | $ 24.411.646 |

## 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** | **$ 2.724.049** | **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** | | ---------- | **7927975933** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | | $ 1.786.218 | $ 1.309.893 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | | $ 223.300 | $ 163.800 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | | $ 285.800 | $ 209.600 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | | $ - | $ 0 |
| ARL | II | $ 18.700 | $ 13.700 |
| 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 | $ 305.696 | |
| Renta Exenta 25% | $ 24.787.566 | $ 908.000 | |
| Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. | $ 645.000 | | |
| Retención en la Fuente Contingente | | $ | |

| | | |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 2.724.049,00 | 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 - MONTERIA | 7.913,00 | 0,200% |
| - | 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** | **$4.457.632,00** | |

**SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS TREINTA Y DOS PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

OFERTA REGULAR

Se busca población objetivo, sector economía popular para dictar formación complementaria.

se dictó el curso ¨*FORTALECIMIENTO EN MERCAEO Y VENTAS* en la ficha N° 3015902 y

curso *ATENCIÓN Y SERVICIO CLIENTE* ficha 3033172

**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

**MARIA ALEJANDRA RICARDO MARTINEZ**
**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,

**MARIOLIZ BALLESTEROS HERRERA**
**INSTRUCTOR G09**

**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**
**TRINIELENA BRUNAL CABRALES**
**SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)**

02/07/24 17:23:36 USUARIO: SIC - C.C. 1067884111

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1067884111 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | MARIA ALEJANDRA RICARDO MARTINEZ |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | MONTERIA | DEPARTAMENTO: | CORDOBA |
| DIRECCIÓN: | CR 14C 44 12 | TELÉFONO: | 7956908 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Comercio al por mayor de |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

## DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **7927975933** | | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: | mayo | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | mayo |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: | 2024 | SALUD: | AÑO: | 2024 |
| DÍAS DE MORA: | | 13 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2024/06/19 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 715726671 |

## NOVEDADES

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

## LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800227940 | 231001 | 231001-COLFONDOS | 1 | $ 221.500 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 221.500** |
| **SALUD** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800088702 | EPS010 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 1 | $ 173.000 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 173.000** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 860011153 | 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | $ 14.500 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 14.500** |

| | |
|---|---|
| **VALOR SIN MORA:** | **$ 404.700** |
| **VALOR MORA:** | **$ 4.300** |
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 409.000** |

Planilla Pagada

Inicio | Ayuda | Salir

ach SOI | Pagos de Seguridad Social



CC: 1067884111
MARIA ALEJANDRA RICARDO MARTINEZ

- Aportante
- Mi perfil
- Gestionar Planillas
- Consultas
- Unificar para pago
- Pagos otros operadores

## Pago PSE

Bancolombia

### Información

La planilla número **7927975933**
fue pagada exitosamente con Número de Autorización 715726671 y Fecha de Pago junio 19 de 2024 .

### Resumen

| | | Totales | |
|---|---|---|---|
| | | Cotizantes | Total por Pagar |
| PENSIÓN | | | |
| | ADMINISTRADORA | | |
| CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 231001 | COLFONDOS | 1 | $ 221.500 |
| | | | |
| | **SUBTOTAL** | | $ 221.500 |
| SALUD | | | |
| | ADMINISTRADORA | | |
| CÓDIGO | NOMBRE | | |
| EPS010 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD S | 1 | $ 173.000 |
| | | | |
| | **SUBTOTAL** | | $ 173.000 |
| RIESGOS PROFESIONALES | | | |
| | ADMINISTRADORA | | |
| CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 14-23 | POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | $ 14.500 |
| | | | |
| | **SUBTOTAL** | | $ 14.500 |
| CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR | | | |
| | ADMINISTRADORA | | |
| CÓDIGO | NOMBRE | | |
| | | | |
| | **SUBTOTAL** | | $ 0 |
| OTROS PARAFISCALES | | | |
| | ADMINISTRADORA | | |
| CÓDIGO | NOMBRE | | |
| PASENA | SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SEN | 0 | $ 0 |
| PAICBF | INSTITUTO DE BIENESTAR FAMILIAR | 0 | $ 0 |
| PAESAP | ESCUELA SUPERIOR DE ADMINISTRACION PUBLI | 0 | $ 0 |
| PAMIED | MINISTERIO DE EDUCACION | 0 | $ 0 |
| | **SUBTOTAL** | | $ 0 |

**TOTAL PAGADO: $ 409.000**

Generar Comprobante de Pago

© Copyrights ACH Colombia ACH COLOMBIA S.A.