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 ATLÁNTICO

CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS- ATLÁNTICO

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

Código Regional	**8**
Código Centro	**930210**
Fecha Elaboración	**Julio de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**62226-267339**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	MELISSA MILENA FLOREZ ALMARIO	**Banco a consignar:**	
Cédula de Ciudadanía	22.736.762	**Tipo de cuenta:**	
Correo electrónico:	melyf2007@hotmail.com	**Número de Cuenta:**	
IP/Nº de contacto:	0	**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**	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:	5819546/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**54824**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	10

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	SERVICIOS PERSONLAES: PROFESIONALES PARA PROPONER Y DESARROLLAR ACTIVIDADES ORIENTADAS AL FORTALECIMIENTO DE HABILIDADES SOCIOEMOCIONALES DE LOS APRENDICES DEL CENTRO DE FORMACIÓN EN EL MARCO DEL PNIMA RADICADO 08-9-2024-002964...PZO 30/11/2024

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/07/2024 Al 31/07/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 17.000.000
Número de pago	**6**	**Valor Total del Contrato:**	$ 34.000.000
Valor Bruto Pago:	**$ 3.400.000,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 13.600.000

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.400.000	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	**$ 3.400.000**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.254.300**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Julio	Junio			
				Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.254.300,00	TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**9469209390**	Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.012.400,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.360.000	$ 1.360.000	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 170.000	$ 170.000	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 217.600	$ 217.600	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
ARL I		$ 7.100	$ 7.100	Reteica - 8299 - BARRANQUILLA	30.124,00	1,000%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		-	0,00	0%
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		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
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%	$ 30.984.458	$ 751.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 3.755.325					
				Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		$		**VALOR A PAGAR**	**$3.369.876,00**	

SON: TRES MILLONES TRESCIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Socialización del valor del mes "LA DISCIPLINA"

Apoyo Reunión de voceros TALLER EL PODER DEL NO con la Directora del Centro de Comercio y servicio Jornada presencial y virtual

Semana de alistamiento para las inducciones de la II TRIMESTRE – Jornada presencial

Reunión con el coordinador académico y equipo ejecutor para alistamiento para las inducciones de la II OFERTA de Formación virtual

Comité de evaluación y seguimiento Aprendices para cancelación de matricula- formación virtual

TALLER DE LIEBAS Borrón y cuenta nueva " HABILIDADES SOCIALES" Formación virtual

Taller a trabajar me voy "COMPORTAMIENTO ETICO" Formación virtual

Orientaciones psicosociales realizadas en Diba, Capacitación de salud publica

Reunión con coordinación académica sobre nuevas estrategias de reportes de orientación- formación virtual

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

MELISSA MILENA FLOREZ ALMARIO
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,

MARELVIS MUÑOZ OCHOA
PROFESIONAL G02

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
ELIZABETH TUBERQUIA VANEGAS
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02

15/07/24 14:40:14 USUARIO: SIC - C.C. 22736762

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 22736762		FLOREZ ALMARIO MELISSA MILENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	kra 49c N 90 - 39	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3574428	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-06	2024-06	12500922	9469209390	I	2024/07/15	2024/07/05	BANCO DE OCCIDENTE	0	$394,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					**$1,360,000**	**$217,600**			**$1,360,000**	**$170,000**			**$0**	**$0**			**$1,360,000**		**$7,100**		**$0**	**$0**		**$394,700**
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					**$1,360,000**	**$217,600**			**$1,360,000**	**$170,000**			**$0**	**$0**			**$1,360,000**		**$7,100**		**$0**	**$0**		**$394,700**
Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)																					$1,360,000	$217,600			$1,360,000	$170,000			$0	$0			$1,360,000		$7,100		$0	$0		$394,700
1	CC	22736762	FLOREZ MELISA																	23100 1	30	$1,360,000	$217,600	EPS005	30	$1,360,000	$170,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,360,000	0.522%	$7,100	0	$0	$0	No	$394,700
Total	**Afiliados(1)**																					$1,360,000	$217,600			$1,360,000	$170,000			$0	$0			$1,360,000		$7,100		$0	$0		$394,700

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 22736762		FLOREZ ALMARIO MELISSA MILENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	kra 49c N 90 - 39	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3574428	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-06	2024-06	12500922	9469209390	I	2024/07/15	2024/07/05	BANCO DE OCCIDENTE	0	$394,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$217,600	$0	$0	$217,600
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$217,600	$0	$0	$217,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,100	$0	$0	$7,100
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$7,100	$0	$0	$7,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$170,000	$0	$0	$170,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$170,000	$0	$0	$170,000
TOTAL				**1**	**$394,700**	**$0**	**$0**	**$394,700**

CTIVO LIDA.
N I 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 95115410 DV: 134095
Cliente:113237 PLANILLAS AVAL Aportes en Linea Arus Compensar Asopagos Simple Mi Plan
Fecha: 04/07/2024 17:12:50
PAP: 902610
Nombre: XXX
Apellido 1: XXX
NUM PLANILLA: 9469209390
TIPO DE IDENTIFICACION: CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO IDENTIFICACION: 22736762
PERIODO: 202406
Referencia: 9469209390Valor: $394.700,00

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Para reclamaciones presente este recibo: Tel. (1) 6510101.
servicioalcliente@efecty.com.co.
www.efecty.com.co