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 DISTRITO CAPITAL

CENTRO DE SERVICIOS FINANCIEROS- BTÁ D.C

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

Código Regional	**11**
Código Centro	**940510**
Fecha Elaboración	**Agosto de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**85332-331002**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	URIEL HUMBERTO QUIROGA PARRA	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	79.308.782	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	quriel@misena.edu.co	**Número de Cuenta:**	17473171147
IP/Nº de contacto:	3108504869	**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	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:	5759308/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**6524**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	9

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	Prestar los servicios profesionales de carácter temporal con autonomía e independencia, para atender los procesos formativos de los aprendices en las competencias técnicas asociados a la red de conocimiento Gestión Administrativa y servicios financierosen el área temática de Contabilidad de los programas presencialesde acuerdo con lineamientos de la formación profesional integral,

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/08/2024**	**Al**	**31/08/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 8.484.450
Número de pago	**8**			**Valor Total del Contrato:**	$ 36.617.100
Valor Bruto Pago:			**$ 4.465.500,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 4.018.950

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.465.500	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	**$ 4.465.500**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.773.433**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Agosto	Julio
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**1065165350**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.786.200	$ 1.786.200
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 I		$ 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	$ 248.567	
Renta Exenta 25%	$ 27.886.012	$ 925.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 7.236.100		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.773.433,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.956.400,00	
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 - BOGOTÁ	38.219,00	0,966%
-	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	**$4.427.281,00**	

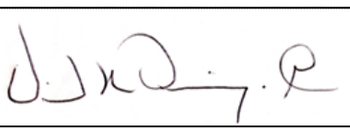
SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS VEINTISIETE MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y UN PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

1.Se ejecutaron 140 horas mensuales en actividades de formación: 2874082 (26 aprendices, 40 hrs, aula 48 Sede Alterna), 2924172 (23 ap
60 horas, aula 51 Sede Alterna), 2874110 (21 aprendices, 40 horas, aula 38 Sede Alterna). Alistamiento y otras actividades (20 horas).
6.Se llevó a cabo el seguimiento a las fichas: 2874082 (26 aprendices, 40 horas, aula 48 Sede Alterna), 2924172 (23 aprendices, 60 hrs
aula 51 Sede Alterna), 2874110 (21 aprendices, 40 horas, aula 38 Sede Alterna). Alistamiento y otras actividades (20 horas).
7.Se impartió formación, de acuerdo con la planeación y seguimiento, a cada uno de los aprendices en el proceso de formación.
11.Se realizan las acciones necesarias para dar cumplimiento al reglamento del aprendiz, tales como: control de asistencia, incapaci-
dades y cumplimiento de los compromisos aceptados por el aprendiz.
19.Se enviaron correos a los aprendices que no asistieron a formación. Se hicieron llamados de atención académicos. Se hicieron llama-
dos de atención académicos. Se hicieron llamados de atención por retardos.

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



URIEL HUMBERTO QUIROGA PARRA
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,

SORAYA MENDOZA TARAZONA
INSTRUCTOR

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
ERNESTO ACEVEDO SOTO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

16/08/24 11:15:22 USUARIO: SIC - C.C. 79308782

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2024-08-13, 08:33:39 AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1065165350

Periodo Cotización 202407 **Periodo Servicio** 202407

Cliente:

PAGADA 2024-08-13

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	URIEL HUMBERTO QUIROGA PARRA				
Documento	CC 79308782	**Dirección**	CR 37B SUR #11 - 42 BARRIO CIUDAD MONTES		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	6013745449		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 79308782		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00					QUIROGA PARRA URIEL HUMBERTO	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																					Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión						Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	30			$ 4.465.500	25-14		16 %	$ 4.465.500	$ 714.500	$ 0	$ 0	EPS017		12,5 %	$ 4.465.500	$ 558.200	$ 0	14-23	1	0,522 %	$ 4.465.500	$ 23.400	CCF21	0,6 %	$ 4.465.500	$ 26.800	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLPENSIONES	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	FAMISANAR EPS	POSITIVA DE SEGUROS	CAFAM	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 714.500	$ 0	$ 0	$ 558.200	$ 23.400	$ 26.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.322.900

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR S A S
830003564-7

CARRERA 13 A 77A 63 PBX 6500200
BOGOTA - COLOMBIA

Famisanar EPS | PAC
Planes de Atención Complementaria

PAC

CÓDIGO QR

CONTRATANTE: URIEL HUMBERTO QUIROGA
CONTRATO: C-01545-0003
DIRECCIÓN: CLLE 137 91 40 SUBA BTA 02
CIUDAD: BOGOTA

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA N°: EPAC2188841

PLAN: **PREFERENCIAL CORPORATIVO**

FECHA LÍMITE DE PAGO			FECHA DE EXPEDICIÓN				PERIODO DE FACTURACIÓN						
13	08	2024	02	08	2024	DESDE	01	08	2024	HASTA	31	08	2024
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO

Forma de Pago: CONTADO
Medio de Pago: Acuerdo mutuo

ITEM	REF	DESCRIPCIÓN	CANT	UN. MED	VR. UNIT	DCTO	IVA 5%	TOTAL
1	C-01545-0003	VALOR DE LA CUOTA	1.00	ZZ	$ 236.730	$ 12.627	$ 11.206	$ 235.309

VALOR TOTAL FACTURADO ***$ 235.309***

TOTAL LÍNEAS 1

EXTRACTO

FECHA	CONCEPTO	VALOR CRÉDITO	VALOR DÉBITO	SALDO
01/08/2024	Valor Facturado- Factura EPAC 2188841	$ 0	$ 235.309	$ 235.309
-	Valor en Mora	$ 0	$ 0	$ 0
-	Valor saldo a favor	$ 0	$ 0	$ 0

Valor Total a Pagar: **$ 235.309**

OBSERVACIÓN: APRECIADO CLIENTE LO INVITAMOS A PAGAR SU FACTURA DE FORMA FACIL SEGURA Y EN LINEA UTILIZANDO EL BOTON PSE PAGO PAC QUE SE ENCUENTRA EN WWW.FAMISANAR.COM.CO

SOMOS RESPONSABLES DEL IMPUESTO A LAS VENTAS RÉGIMEN COMÚN PARA PLANES DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA (ARTICULO 468-3. LEY 788 DE 2002)
ACTIVIDAD ECONOMICA 7530 SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES Autorizacion Numeracion de Facturacion No.18764072402482 CODIGO 4 MODALIDAD ELECTRONICA FECHA: 2024/06/06 VIGENCIA VEINTICUATRO (24) MESES A PARTIR DE LA FORMALIZACION. NUMERACION AUTORIZADA DEL NUMERO EPAC 2130001 HASTA EL EPAC 2730000
LA PRESENTE FACTURA DE VENTAS SE ASIMILA A UNA LETRA DE CAMBIO (ARTÍCULO 774 DEL CÓDIGO DE COMERCIO).EL COMPRADOR ACEPTA ESTA FACTURA Y DECLARA RECIBIDOS REAL Y MATERIALMENTE LOS BIENES Y SERVICIOS EN ELLA MENCIONADOS.SI ESTA FACTURA NO ES CANCELADA EN EL PLAZO ESTIPULADO,CAUSARÁ INTERESES DE MORA AL PORCENTAJE
AUTORIZADO POR LA SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE ACUERDO A CERTIFICADO EXPEDIDO, ARTÍCULO 884 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

TODO CHEQUE DEVUELTO TENDRÁ UNA SANCIÓN DEL 20% DE ACUERDO AL ARTÍCULO 731 DEL CÓDIGO DE COMERCIO.

Timbre y Sello

Famisanar EPS | PAC
Planes de Atención Complementaria

DESPRENDIBLE DE PAGO

FECHA LÍMITE DE PAGO	13 DIA	08 MES	2024 AÑO	TOTAL A PAGAR	***$ 235.309***

NOMBRE: URIEL HUMBERTO QUIROGA
ID: 79308782

FACTURA DE VENTA N°: EPAC2188841
CONTRATO No.: C-01545-0003

AV VILLAS 063030100 COLPATRIA 0132035628 **OFICINA**

Fecha de Pago: DIA | MES | AÑO

Ciudad

BANCO	No.	NÚMERO	VALOR

Si desea realizar el pago por un medio electrónico, consulte los puntos y medios de pago en www.famisanar.com.co

TOTAL CHEQUES	$
EFECTIVO	$
TOTAL	$

Timbre y Sello

CUFE: *a824e65191b1273723f62d34e5dce2417c6ab6434f39e0405ff857852f55dcd2a1a99c08ae92714cae8a866b25124405*

Representación Gráfica del documento electrónico según Resolución DIAN 0165 del 01 de noviembre del 2023. Fecha y Hora generacion 2024-08-02 18:37:18

Sistema PAC Famisanar Nit 830003564-7

NIT: 890.930.534-0 eFactura cadena.