aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1043000483		PEÑUELA REYES ALBA LUZ	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 41E No 78C - 05	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3038514	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-07	2024-07	863463121	9470792268	I	2024/08/22	2024/08/23	NEQUI	1	$524,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,804,000	$288,700			$1,804,000	$225,500			$0	$0			$1,804,000	$9,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,804,000	$288,700			$1,804,000	$225,500			$0	$0			$1,804,000	$9,500		$0	$0
Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)					$1,804,000	$288,700			$1,804,000	$225,500			$0	$0			$1,804,000	$9,500		$0	$0
1	CC	1043000483	PEÑUELA ALBA	230301	30	$1,804,000	$288,700	EPS010	30	$1,804,000	$225,500		0	$0	$0	14-23	30	$1,804,000	$9,500	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,804,000	$288,700			$1,804,000	$225,500			$0	$0			$1,804,000	$9,500		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1043000483		PEÑUELA REYES ALBA LUZ	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 41E No 78C - 05	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3038514	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-07	2024-07	863463121	9470792268	I	2024/08/22	2024/08/23	NEQUI	1	$524,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$288,700	$300	$0	$289,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$288,700	$300	$0	$289,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,500	$100	$0	$9,600
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$9,500	$100	$0	$9,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$225,500	$200	$0	$225,700
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$225,500	$200	$0	$225,700
TOTAL				**1**	**$523,700**	**$600**	**$0**	**$524,300**

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

SALUD OCUPACIONAL

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

Código Regional	**8**
Código Centro	**101008**
Fecha Elaboración	**Agosto de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**14262-923124**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	ALBA LUZ PEÑUELA REYES	**Banco a consignar:**	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	1.043.000.483	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	alpenuela@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	055002700090103
IP/Nº de contacto:	52081	**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

Nº del contrato:	5773286/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**4524**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	12

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	Prestar los servicios profesionales como psicólogo laboral para implementar los programas y actividades asociados al eje Sena Mentalmente Saludable que hacen pate del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo, en la Dirección Regional Atlántico y sus centros de formación, partiendo de la identificación, evaluación, prevención, intervención y monitoreo permanente de

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/08/2024 Al 31/08/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 21.600.000
Número de pago	**8**	**Valor Total del Contrato:**	$ 49.248.000
Valor Bruto Pago:	**$ 4.320.000,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 17.280.000

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.320.000	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	**$ 4.320.000**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.539.400**	**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		----------	**9470792268**	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.539.400,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.728.000	$ 1.728.000	Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.827.500,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 216.000	$ 216.000	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 276.500	$ 276.500	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL I		$ 9.100	$ 9.100	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		Reteica - 8299 - BARRANQUILLA	38.275,00	1,000%
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		$ -		-	0,00	0%
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		$ 432.000		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	$ 753.040	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	$ 37.181.350	$ 847.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 6.222.075					
				Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		$		**VALOR A PAGAR**	**$4.281.725,00**	

SON: CUATRO MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA Y UN MIL SETECIENTOS VEINTICINCO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

ACOMPAÑAMIENTO A LA RED DE APOYO

ATENCION PSICOSOCIAL A COLABORADORES Y FUNCIONARIOS

SEGUIMIENTO DE CASOS POR ENFERMEDAD, SITUACIONES PSICOSOCIALES

TALLER DE FORTELECIMIENTO DE EQUIPOS A LIDEES DEL CENTRO COLOMBO

CHARLA EN COMPAÑIA DE LA OFICINA DE LA MUJER PREVENCION VIOLENCIA DE GENERO

PUESTO A PUESTO EN PREVENCION DE SPA

APLICACION ENCUESTA DE CLIMA

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

ALBA LUZ PEÑUELA REYES
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,

STEPHANY VALLE CORDOBA
PROFESIONAL G04

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
JACQUELINE ROJAS SOLANO
DIRECTOR REGIONAL A G08

23/08/24 15:36:14 USUARIO: SIC - C.C. 1043000483