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 CHOCÓ**

**CENTRO DE RECURSOS NATURALES, INDUSTRIA Y BIODIVERSIDAD-CHOCÓ**

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

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **27** |
| **Código Centro** | **952210** |
| **Fecha Elaboración** | **Agosto de 2024** |
| **Versión** | **MARZO 2024 - 2,24** |
| **ID de Proceso** | **12178-659197** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos:** | HAMES ROA CORDOBA | **Banco a consignar:** | BANCOLOMBIA |
| **Cédula de Ciudadanía** | 12.020.774 | **Tipo de cuenta:** | AHORROS |
| **Correo electrónico:** | hroa@sena.edu.co | **Número de Cuenta:** | 53631122538 |
| **IP/Nº de contacto:** | 13217 | **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:** | 6393189/2024 | **Nº Compromiso SIIF** | **72824** | **Número de pagos durante la vigencia del contrato** | 7 |

| | |
|---|---|
| **OBJETO CONTRACTUAL:** (Descripciòn del servicio prestado) | CONTRATACION INSTRUCTORES-PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL DE VEINTISÉIS (26) INSTRUCTORES PARA ORIENTAR FORMACIÓN PROFESIONAL EN EL NIVEL TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA REGULAR A TRAVÉS DEL PROGRAMA CAMPESENA, PROGRAMADA POR EL CENTRO |

## DATOS PERIODO DEL PAGO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Del** | **01/07/2024** | **Al** | **31/07/2024** | **Saldo Anterior del Contrato:** | $ 30.035.126 |
| **Número de pago** | **2** | | | **Valor Total del Contrato:** | $ 32.969.592 |
| **Valor Bruto Pago:** | | | **$ 5.178.470,00** | **Nuevo Saldo del Contrato:** | $ 24.856.656 |

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 5.178.470 | Retención en la fuente a practicar Artículo 383 rentas | 3,58% |
| Ingresos por comisiones | $ 0 | Retencion en la Fuente del Periodo | $ 197.536 |
| Ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ 2.934.466 | | |
| **TOTAL INGRESOS DEL PERIODO** | **$ 8.112.936** | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 5.510.836** | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 197.536** |

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

| | | Julio | Junio |
|---|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | | ---------- | **7935297944** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | | $ 2.071.388 | $ 563.333 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | | $ 259.000 | $ 70.500 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | | $ 331.500 | $ 90.200 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | | $ - | $ 0 |
| ARL | I | $ 10.900 | $ 3.000 |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes | | $ 90.200 | |
| Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes | | $ 70.500 | |
| Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes | | $ 3.000 | |
| 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% | $ 21.689.120 | $ 1.837.000 | |
| Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. | $ 693.000 | | |
| Retención en la Fuente Contingente | | $ | |

| | | |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 5.510.836,00 | TARIFA |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 4.587.970,00 | |
| Valor base IVA | 0,00 | |
| IVA (Si es RESPONSABLE) | 0,00 | 19% |
| Menos Retención en la Fuente | 197.536,00 | 3,58% |
| Menos Retencion IVA | 0,00 | 15% |
| Reteica - 8551 - QUIBDO | 9.176,00 | 0,200% |
| - | 0,00 | 0% |
| - | 0,00 | 0% |
| - | 0,00 | 0% |
| - | 0,00 | 0% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Pro Utch | 77.677,00 | 1,500% |
| 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** | **$4.894.081,00** | |

**SON: CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL OCHENTA Y UN PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

PARA EL MES DE JULIO SE DESARROLLARON LAS SIGUIENTE ACTIIDADES:

Elaboración del proyecto productivo, la planeación y las guías de aprendizaje aplicando estrategias didácticas activas

Se realizaron actividades de enseñanza aprendizaje en siguiendo las guías de aprendizaje.

Evaluar los resultados de aprendizaje en un plazo no mayor a ocho días hábiles luego de finalizada la formación.

se trabajo en la competencia:Preparar Terreno para Siembra Según Cultivo y Requerimientos Técnicos. con resultado de aprendizaje:

Alistar maquinaria, equipos y herramientas.

en el mes en curso se esta trabaja con la siguiente ficha 3038388 con el fin de impartir la formación integral como lo establece los lineamientos institucionales.

Se realizó la programación con base a la formación técnico en producción agropecuaria

**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

Hames Roa Córdoba.

**HAMES ROA CORDOBA**
**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,

Firmado digitalmente por WILBER GIOVANYY QUEZADA HERRERA
Fecha: 2024.08.13 22:07:37 -05'00'

**WILBER GIOVANNY QUEZADA HERRERA**
**INSTRUCTOR G12**

**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**

**JHON DERLYNG CARDONA DELGADO**

**DIRECTOR REGIONAL CON FUNCIONES DE SUBDIRECTOR DE CENTRO**

09/08/24 15:08:34 USUARIO: SIC - C.C. 12020774

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 12020774 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | HAMES ROA CORDOBA |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | QUIBDO | DEPARTAMENTO: | CHOCO |
| DIRECCIÓN: | CRA 8 N 21 - 42 B/ SAN MARTIN | TELÉFONO: | 6713195 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades combinadas de servicios administrativ |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **7935297944** | | | TIPO DE PLANILLA: | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES junio | AÑO | 2024 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES junio AÑO 2024 |
| DÍAS DE MORA: | 7 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2024/07/24 | | | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 797807539 |

**TOTAL APORTES A PENSIÓN**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 230201 | 230201- PROTECCION | 1 | $ 208.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 1.100 | $ 0 | $ 208.000 | $ 1.100 | $ 209.100 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 208.000** | **$ 1.100** | **$ 209.100** |

**TOTAL APORTES A SALUD**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS037 | EPS037-NUEVA EPS | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 162.500 | $ 0 | $ 900 | $ 0 | $ 162.500 | $ 900 | $ 0 | $ 163.400 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 162.500** | **$ 900** | **$ 0** | **$ 163.400** |

**TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 6.800 | $ 6.800 | $ 100 | $ 0 | $ 6.900 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 6.800** | **$ 100** | **$ 0** | **$ 6.900** |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | |