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 META

CENTRO DE INDUSTRIA Y SERVICIOS DEL META

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

Código Regional	**50**
Código Centro	**953210**
Fecha Elaboración	**Agosto de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**71408-554842**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	NANCY LILIANA SATOBA ROMERO	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	1.118.544.910	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	nsatoba@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	05751655802
IP/Nº de contacto:	84154	**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:	6177205/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**42624**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	9

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	SERVICIOS PERSONALES INDIRECTOS; CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA APOYAR LOS PROCESOS DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD DE LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL DEL CENTRO DE INDUSTRIA Y SERVICIOS DEL META.

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/07/2024 Al 31/07/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 21.900.000
Número de pago	**4**	**Valor Total del Contrato:**	$ 31.998.333
Valor Bruto Pago:	**$ 3.650.000,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 18.250.000

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.650.000	Retención en la fuente a practicar Artículo 383 rentas	0,60%
Ingresos por comisiones	$ 479.310	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 27.475
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 3.650.000		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 7.779.310**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 4.615.779**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 27.475**

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

		Julio	Junio
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**1064658986**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.460.000	$ 1.460.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 182.500	$ 182.500
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 233.600	$ 233.600
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 7.700	$ 7.700
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ 233.600	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ 182.500	
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ 7.700	
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		$ 777.931	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 27.886.012	$ 1.538.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 1.965.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	4.615.779,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.129.310,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	27.475,00	0,60%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299	0,00	0,600%
-	0,00	0,600%
-	0,00	0,600%
-	0,00	0,600%
-	0,00	0,600%
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	**$3.622.525,00**	

SON: TRES MILLONES SEISCIENTOS VEINTIDOS MIL QUINIENTOS VEINTICINCO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se realiza cargue dentro de los plazos establecidos en cada programa de acuerdo a los links establecidos por cada Centro Líder Se adj

Presenté informe mensual de actividades el día 29 de Julio del presente año desarrolladas en el mes de Junio al supervisor Luis Guille

Cargué información a la carpeta Aseguramiento CISM 2023 para dar cumplimiento al proceso de documentación, con la elaboración de docum

Envío de correos para la solicitud de información a las diferentes entidades para el programa MEI

Se realiza seguimiento al programa Tecnología en Mantenimiento Electromecánico Industrial, programa la cual está establecido en el ACT

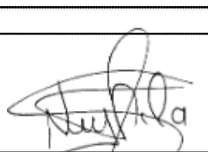
Seguimiento a través de correos electrónicos en la documentación de programas

Se redactan correos enviados como borradores a la subdirección para ser enviados desde allí solicitando diferentes actividades como: B

Se comparte carpeta de Autoevaluación a equipo de trabajo de autoevaluación del programa MEI

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



NANCY LILIANA SATOBA ROMERO
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

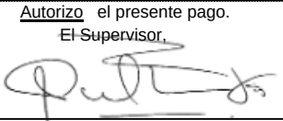
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:

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,



LUIS GUILLERMO DIAZ VALENZUELA
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
GENY ASTRID LEON CURREA
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02

27/08/24 08:38:35 USUARIO: SIC - C.C. 1118544910

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-07-25, 03:52:45 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1064658986

Periodo Cotización: junio de 2024 **Periodo Servicio:** junio de 2024

PAGADO 25/07/2024

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	NANCY LILIANA SATOBA ROMERO		
Documento	CC1118544910	**Dirección**	CL 1 #1 - 1
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3203614727
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	VILLAVICENCIO	**Departamento**	META
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1118544910	NANCY LILIANA SATOBA ROMERO	59	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 1.460.000	$ 233.600	(EPS005) EPS SANITAS	$ 1.460.000	$ 182.500	0,522	$ 1.460.000	$ 7.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 423.800

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.460.000	$ 1.460.000	$ 1.460.000	$ 0	$ 233.600	$ 182.500	$ 7.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 423.800	$ 6.800	$ 430.600

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!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2024-07-25, 03:33:25 PM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	junio de 2024
Periodo de Cotización Para Salud	junio de 2024
Empresa	NANCY LILIANA SATOBA ROMERO
CEDULA CIUDADANIA	CC 1118544910
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1064658986
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	799831170
Banco	(1051) - BANCO DAVIVIENDA
Valor	$ 430.600
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.0.19.58

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N800224808	230301	PORVENIR	1	$ 233.600	$ 3.700
N800251440	EPS005	SANITAS EPS	1	$ 182.500	$ 2.900
N860011153	14-23	ARP - POSITIVA COMPAÑIA DE SEG	1	$ 7.700	$ 200
		SubTotales:		$ 423.800	$ 6.800
		Total a Pagar:			$ 430.600

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 608 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

	Versión: 04
	Código: GTH-F-090

GESTIÓN DE TALENTO HUMANO

FORMATO AGENDA DESPLAZAMIENTO CONTRATISTA

DATOS DEL CONTRATISTA QUE SE DESPLAZA

FECHA DE ELABORACIÓN DE AGENDA					04/07/2024			
NOMBRES Y APELLIDOS					**IDENTIFICACIÓN:**			
NANCY LILIANA SATOBA ROMERO					**Tipo:**	**C.C.**	**No.**	**1118544910**
CONTRATO	**No.**	**CO1.PCCNTR.6177205**	**AÑO**	2024	**FECHA VENCIMIENTO DEL CONTRATO**	31	12	2024
OBJETO CONTRACTUAL:	Contratar la prestación de servicios profesionales de carácter temporal para apoyar los procesos de aseguramiento de la calidad de la formación profesional integral del Centro de Industria y Servicios del Meta.							
DIRECCIÓN GENERAL/ REGIONAL	Meta				**DEPENDENCIA/ CENTRO**	**Centro de Industria y Servicios del Meta**		
NOMBRE DEL ORDENADOR DEL GASTO (de la Movilización)	GENY ASTRID LEON CURREA				**CARGO**	Subdirectora		
NOMBRE DEL SUPERVISOR(A) DEL CONTRATO	LUIS GUILLERMO DIAZ VALENZUELA				**CARGO**	Coordinación de Formación Profesional Integral		

INFORMACIÓN DEL DESPLAZAMIENTO

RUTA	**Villavicencio - Pto Gaitan- Pto Gaitan - Villavicencio**						
DIRECCIÓN GENERAL/ REGIONAL	Meta			**DEPENDENCIA/ CENTRO**	**Centro de Industria y Servicios del Meta**		
CIUDAD/DEPARTAMENTO O MUNICIPIO/DEPARTAMENTO O CIUDAD/PAIS	Meta			**ENTIDAD O EMPRESA:**	Sede Puerto Gaitán	**CONTACTO**	LUIS GUILLERMO DIAZ VALENZUELA 3163148364
FECHA INICIO DEL DESPLAZAMIENTO	10	7	2024	**FECHA FIN DESPLAZAMIENTO**	11	7	2024
OBJETIVO DEL DESPLAZAMIENTO	Realizar actividades de formacion a los programas tal y tal de acuerdo al ACTA No. 5 del 5 de abril de 2024 de comité regional						

OBLIGACIONES DEL CONTRATO

1	Orientar y apoyar la recolección de información de las condiciones de calidad requeridas de acuerdo con la solicitud a realizar (obtención, ampliación, modificación o renovación de Registro Calificado) y enviar la documentación a la Dirección de Formación Profesional o a quien se requiera
2	Fomentar entre todos los actores involucrados en la comunidad educativa la promoción de una cultura de garantía de calidad en la formación profesional integral.

AGENDA

ACTIVIDADES ((Deberá contener información detallada de las tareas a realizar día a día)

Día 1 : 10/07/2024
Desplazamientos ruta de ida:
Medio de transporte: Terrestre
Actividades a ejecutar:
-Hora: 7:00 – 11:00 a.m. Desplazamiento Villavicencio – Puerto Gaitán
-Hora: 11:00 a..m – 4:00 p.m. Inspección ambientes de formación, biblioteca y ambientes auxiliares
-Hora: 6:00 p.m. – 8:00 p.m. seguimiento a programas a documentar
Día 2: 11/07/2024
Actividades a ejecutar:
-Hora: 7:00 – 10:00 a.m. seguimiento programas a documentar junto a las diferentes areas
-Hora: 10:00 a.m. – 12:00 p.m. Seguimiento programas jornada de la mañana
-Hora: 1:00p.m. – 3:00 p.m. Seguimiento programas jornada de la tarde
Medio de transporte: Terrestre
Observaciones:Observaciones:

FIRMAS

FIRMA ORDENADOR DE GASTO: Firmado digitalmente por GENY ASTRID LEON CURREA Fecha: 2024-07-09 16:39:40 -05'00'	**FIRMA SUPERVISOR DEL CONTRATO**	**FIRMA DEL CONTRATISTA:**
Nombres y Apellidos: GENY ASTRID LEON CURREA	**Nombres y Apellidos:** LUIS GUILLERMO DIAZ VALENZUELA	
Cargo: Subdirectora	**Cargo:** Coordinación de Formación Profesional Integral	**Nombres y Apellidos:** Fausto Alberto Arango Mantilla