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	**Setiembre de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**91272-901568**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	LUZ CARIME PEREZ PEREZ	**Banco a consignar:**	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	40.411.347	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	lperezp@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	096170144800
IP/Nº de contacto:	3103292641	**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:	5831012/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**6424**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	12

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	CONTRATACIÓN DE INSTRUCTORES: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES TEMPORALES PARA EJERCER EL ROL DE INSTRUCTOR TÉCNICO Y/O TRANSVERSAL DE ACUERDO A LOS DISEÑOS CURRICULARES QUE EJECUTE EL CENTRO DE INDUSTRIA Y SERVICIOS DEL META EN 2024 DE LOS PROGRAMAS TIT

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/09/2024**	**Al**	**30/09/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 14.401.863
Número de pago	**9**			**Valor Total del Contrato:**	$ 43.617.071
Valor Bruto Pago:			**$ 4.114.818,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 10.287.045

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.114.818	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	**$ 4.114.818**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.419.536**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Setiembre	Agosto
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**9471846647**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.645.927	$ 1.645.927
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 205.800	$ 205.800
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 263.400	$ 263.400
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 8.600	$ 8.600
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		$ 411.482	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 37.181.350	$ 806.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 5.771.884		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.419.536,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	0,00	
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 - VILLAVICENCIO N	0,00	0,000%
-	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	**$4.114.818,00**	

SON: CUATRO MILLONES CIENTO CATORCE MIL OCHOCIENTOS DIECIOCHO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ficha: 2931811, ADSO, fi: 3/09/2024 FF:17/09/2024 Horas; 18, Ficha: 3000324, Salud Pública, FI: 3/09/2024, FF: 17/09/2024 Horas: 18 Ficha: 3000295 Gestión Documental, FI: 4/09/2024, FF: 18/09/2024 Horas; 18, Ficha: 2931826 Gestión Empresarial FI: 4/09/2024, FF: 18/09/2024, Horas: 18, Ficha: 3000298 Producción de Multimedia, FI: 5/09/2024, FF: 19/09/2024, Horas: 18, Ficha: 2877296 Gestión Empresarial, FI: 6/09/2024, FF: 20/09/2024, Horas: 18, Ficha: 3000618 Cocina; FI: 06/09/2024, FF: 20/09/2024 Horas: 18.

Semana de alistamiento IV oferta educativa F.P.I. 40 horas.

Competencia: Promover la interacción idónea consigo mismo y con los demás y con la naturaleza en el contexto productivo y social, Generar hábitos saludables de vida...Desarrollo de actividades según guía de aprendizaje y plan de trabajo, Conocimiento sobre higiene postural, motricidad fina/gruesa y la aplicación practica de acuerdo al perfil ocupacional.

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

LUZ CARIME PEREZ PEREZ
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,

JOHANNA CRISTINA VASQUEZ DIAZ
INSTRUCTOR G11

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

24/09/24 16:44:06 USUARIO: SIC - C.C. 40411347

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 40411347		PEREZ PEREZ LUZ CARIME	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 15 #5-64 Palmas de Vallarta	VILLAVICENCIO-META	6843434	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-08	2024-08	71832727	9471846647	I	2024/09/11	2024/09/05	BANCO DE OCCIDENTE	0	$500,500

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)					$1,660,000	$265,600			$1,660,000	$207,500			$1,660,000	$10,000			$1,660,000	$17,400		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,660,000	$265,600			$1,660,000	$207,500			$1,660,000	$10,000			$1,660,000	$17,400		$0	$0
Ciudad: VILLAVICENCIO Depto: META (1 Afiliados)					$1,660,000	$265,600			$1,660,000	$207,500			$1,660,000	$10,000			$1,660,000	$17,400		$0	$0
1	CC	40411347 PEREZ LUZ	25-14	30	$1,660,000	$265,600	EPS005	30	$1,660,000	$207,500	CCF34	30	$1,660,000	$10,000	14-23	30	$1,660,000	$17,400	30	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$1,660,000	$265,600			$1,660,000	$207,500			$1,660,000	$10,000			$1,660,000	$17,400		$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 40411347		PEREZ PEREZ LUZ CARIME	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 15 #5-64 Palmas de Vallarta	VILLAVICENCIO-META	6843434	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-08	2024-08	71832727	9471846647	I	2024/09/11	2024/09/05	BANCO DE OCCIDENTE	0	$500,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$265,600	$0	$0	$265,600
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$265,600	$0	$0	$265,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$17,400	$0	$0	$17,400
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$17,400	$0	$0	$17,400
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$10,000	$0	$0	$10,000
COFREM	CCF34	892,000,146	3	1	$10,000	$0	$0	$10,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$207,500	$0	$0	$207,500
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$207,500	$0	$0	$207,500
TOTAL				**1**	**$500,500**	**$0**	**$0**	**$500,500**

PAGO DE FACTURAS
BANCO DE OCCIDENTE

NUMERO TRANSACCION: 277400460
FECHA: 05/09/2024 HORA: 12:15:38
VENDEDOR: JENIFFER PAOLA TORRES CARDOZO
SOCIEDAD EMPRESARIAL DEL META
NIT: 800159687

CODIGO SEGURIDAD
$6362$3736>

PLANILLA AS APORTES EN LINEA
NURA: 00001506
REFERENCIA: 0000000000000000000094718466
47
VALOR PAGO: $500,500
FECHA APLICACION:
FECHA PAGO: 05/09/2024 HORA:12:15:37

NRO AUTORIZACION: 832727
PUNTO DE RECAUDO: 12073290
COSTO TRANSACCION: $0.00

CORRESPONSAL BANCARIO PARA BANCO
DE OCCIDENTE. LA IMPRESI├ôN DE ESTE
TIQUETE IMPLICA SU ACEPTACI├ôN.
VERIFIQUE LA INFORMACI├ôN. ESTE ES EL
├ÜNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO.
REQUERIMIENTOS 018000512825 OPCI├ôN 3

Scanned with CamScanner