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 CÓRDOBA

CENTRO AGROPECUARIO EL PORVENIR-CÓRDOBA

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

Código Regional	**23**
Código Centro	**911510**
Fecha Elaboración	**Octubre de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**18208-455342**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	LEIDA ROSA HERAZO CASTILLO	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	50.919.136	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	lherazoca@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	09123549454
IP/Nº de contacto:	3207548766	**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:	5770014/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**2224**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	12

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES TEMPORALES PARA APOYAR LAS ACCIONES DE ARTICULACIÓN DE LOS SERVICIOS DIRIGIDOS A LA ATENCIÓN DE LA POBLACIÓN RURAL Y CAMPESINA A NIVEL MUNICIPAL Y DEPARTAMENTAL EN LO REFERENTE A LA FORMACIÓN PARA EL TRABAJO EN EMPREN

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/10/2024 Al 31/10/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 15.600.000
Número de pago	**10**	**Valor Total del Contrato:**	$ 58.760.000
Valor Bruto Pago:	**$ 5.200.000,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 10.400.000

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 5.200.000	Retención en la fuente a practicar Artículo 383 rentas	5,11%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 312.251
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 5.200.000		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 10.400.000**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 6.114.600**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 312.251**

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

		Octubre	Setiembre			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**4568860164**	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	6.114.600,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 2.080.000	$ 2.080.000	Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.607.200,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 260.000	$ 260.000	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 332.800	$ 332.800	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0	Menos Retención en la Fuente	312.251,00	5,11%
ARL I		$ 10.900	$ 10.900	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ 332.800		Reteica - 8299 - MONTERIA	9.214,00	0,200%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ 260.000		-	0,00	0%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ 10.900		-	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		$ 1.040.000		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	$ 753.040	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	$ 37.181.350	$ 2.038.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 13.790.750					
				Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		$		**VALOR A PAGAR**	**$4.878.535,00**	

SON: CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS SETENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS TREINTA Y CINCO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Elaborar programación mensual de actividades (actividades fechas, resultados esperados)

Gestionar alianzas con entes territoriales, organizaciones privadas,organizaciones socialesono gubernamentales

Articular acciones complementarias en favor de la población rural y campesina focalizada a los servicios de formación para el trabajo

Identificar y gestionar a nivel local y regional mecanismos de comercialización

Realizar seguimiento a los proyectosproductivos seleccionados en los procesos de convocatorias internas y externas

Participar mensualmente en la reunión de seguimiento operativo y presupuestal del programa

Participar en reuniones con instructores para socializacion de la guia de Asesorias y fortalecimiento

Participar en reuniones asigandas por el centro- Rendicion de cuentas

Organizacion tema Feria campesina organizada por SER y Emprendimiento

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

LEIDA ROSA HERAZO CASTILLO
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,

VIVIANA BENAVIDES MESIAS
INSTRUCTOR G16

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
HUMBERTO JOSÉ PATERNINA ESPITIA
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

EFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9539632493	DV: 719398
Cliente:	110263 PILA RECAUDO
Fecha:	16/10/2024 08:46:23
PAP:	903241
Identificacion:	50919136
Nombre:	LEIDA
Apellido 1:	HERAZO
Apellido 2:	NNNN
TIPO DOCUMENTO:	CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO:	1111111111
Codigo Planilla:	4568860164
Periodo Pago:	2024/09
Valor Comision:	0
Valor Iva Comision:	0
Referencia: 50919136	Valor: $617.900,00

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Para reclamaciones presente este recibo; tel. (1) 6510101.
servicioalcliente@efecty.com.co.
www.efecty.com.co

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	50919136
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			LEIDA ROSA HERAZO CASTILLO
CIUDAD/MUNICIPIO:	MONTERIA	DEPARTAMENTO:	CORDOBA
DIRECCIÓN:	MZN H LT 7 SANTA ELENA 2	TELÉFONO:	7900000
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**45688660164**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	septiembre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	septiembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2024	SALUD:	AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:		7			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/10/16	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9990362813

NOVEDADES															
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14-COLPENSIONES	1	$ 334.500
SUBTOTAL:			1	**$ 334.500**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800130907	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1	$ 261.400
SUBTOTAL:			1	**$ 261.400**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 22.000
SUBTOTAL:			1	**$ 22.000**

VALOR SIN MORA:	**$ 614.600**
VALOR MORA:	**$ 3.300**
TOTAL PAGADO:	**$ 617.900**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	30919126
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			LUDA ROSA HERAZO CASTILLO
CIUDAD/MUNICIPIO:	MONTERIA	DEPARTAMENTO:	CORDOBA
DIRECCIÓN:	MZ H LT 7 SANTA ELENA 2	TELÉFONO:	7800000
TIPO APORTANTE:	03-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA							
NÚMERO PLANILLA:			[illegible]	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	septiembre AÑO	2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	septiembre AÑO	2024
DÍAS DE MORA:			1				
FECHA PAGO (aaaammdd):			20241010	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			[illegible]

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 332.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.700	$ 0	$ 332.800	$ 1.700	$ 334.500
SUBTOTAL PR.										$ 332.800	$ 1.700	$ 334.500

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN VALOR ADRES	MORA COTIZACIÓN	MORA VALOR ADRES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 260.000	$ 0	$ 1.400	$ 0	$ 260.000	$ 1.400	$ 0	$ 261.400
SUBTOTAL PR.													$ 260.000	$ 1.400	$ 0	$ 261.400

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD ARP NUMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD ARP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 21.800	$ 21.800	$ 200	$ 0	$ 22.000
SUBTOTAL PR.									$ 21.800	$ 200	$ 0	$ 22.000

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

Datos del cotizante y novedades:

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	[illegible]	[illegible]	[illegible]	NOVEDADES [illegible]
1	CC 30919126	HERAZO CASTILLO LUDA ROSA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 2.080.000				NO	

Seguridad social – Pensión:

ADMIN	[illegible]	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
25-14 COLPENSIONES	N	$ 2.080.000	$ 332.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	NO/N	$ 332.800

Seguridad social – Salud:

ADMIN	[illegible]	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE
EPS002-SALUD TOTAL	N	$ 2.080.000	$ 260.000	$ 0	$ 260.000

Seguridad social – ARP:

ADMIN	[illegible]	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	N	$ 2.080.000	30919126	$ 21.800

Parafiscales:

[illegible]	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 617.900

Planilla Pagada

INTEGRIDAD PÚBLICA

Función Pública

Verificados los resultados del participante en el curso virtual

Función Pública certifica que:

Leída Rosa Herazo Castillo

C.C 50.919.136

Participó y completó el curso virtual:

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción.

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 17 de octubre 2024

Aura Isabel Mora

Directora de Participación, Transparencia y Servicio al Ciudadano

Código: 76837153000