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 CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS- ATLÁNTICO Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1	Código Regional	8
		Código Centro	930210
		Fecha Elaboración	31 de Octubre de 2024
		Versión	MARZO 2024 - 2,24
		ID de Proceso	12690-449766

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	KATIA MERCEDES GONZALEZ SANDOVAL	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	32.875.338	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	katiamgs24@hotmail.com	**Número de Cuenta:**	48176325766
IP/Nº de contacto:	3145450910	**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:	5770237/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**28624**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	12

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: FORMACION REGULAR TITULADA Y COMPLEMENTARIA PARA EL PROGRAMA FORMACIÓN ENFERMERIA. RADICADO 08-9-2024-001784. PZO 17 DIC

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/10/2024**	**Al**	**31/10/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 8.605.467
Número de pago	**10**			**Valor Total del Contrato:**	$ 35.501.085
Valor Bruto Pago:			**$ 3.347.752,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 5.257.715

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.347.752	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	**$ 3.347.752**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.968.277**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Octubre	Setiembre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**9474070177**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.339.101	$ 1.339.101
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 167.400	$ 167.400
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 214.300	$ 214.300
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL	I	$ 7.000	$ 7.000
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		$ 334.775	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 37.181.350	$ 656.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 5.676.191		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	1.968.277,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	2.966.052,00	
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 - BARRANQUILLA	29.661,00	1,000%
-	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	**$3.318.091,00**	

SON: TRES MILLONES TRESCIENTOS DIECIOCHO MIL NOVENTA Y UN PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

IMPARTIR SERVICIOS PERSONALES CARACTER TEMPORAL PARA LA FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL,EN FORMACION REGULAR TITULADA Y COMPLEMENTARIA TECNICO EN ENFERMERIA 2927538 PROFUNDIZACION UCI:3078064

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

KATIA MERCEDES GONZALEZ SANDOVAL
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui 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,

PATRICIA ROSMARY SERRANO SANTIAGO
INSTRUCTOR

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
ELIZABETH TUBERQUIA VANEGAS
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02

16/10/24 09:02:54 USUARIO: SIC - C.C. 32875338

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 32875338		GONZALEZ SANDOVAL KATIA MERCEDES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 35 C# 27C 99	SOLEDAD-ATLANTICO	3930494	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-09	943766265	9474070177	I	2024/10/09	2024/09/30	BANCOLOMBIA	0	$389,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,340,100	$214,500			$1,340,100	$167,600			$0	$0			$1,340,100	$7,000		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,340,100	$214,500			$1,340,100	$167,600			$0	$0			$1,340,100	$7,000		$0	$0
Ciudad: SOLEDAD Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)					$1,340,100	$214,500			$1,340,100	$167,600			$0	$0			$1,340,100	$7,000		$0	$0
1	CC 32875338	GONZALEZ KATIA	25-14	30	$1,340,100	$214,500	EPS010	30	$1,340,100	$167,600		0	$0	$0	14-23	30	$1,340,100	$7,000	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,340,100	$214,500			$1,340,100	$167,600			$0	$0			$1,340,100	$7,000		$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 32875338		GONZALEZ SANDOVAL KATIA MERCEDES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 35 C# 27C 99	SOLEDAD-ATLANTICO	3930494	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-09	943766265	9474070177	I	2024/10/09	2024/09/30	BANCOLOMBIA	0	$389,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$214,500	$0	$0	$214,500
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$214,500	$0	$0	$214,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,000	$0	$0	$7,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$7,000	$0	$0	$7,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$167,600	$0	$0	$167,600
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$167,600	$0	$0	$167,600
TOTAL				1	$389,100	$0	$0	$389,100