

	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATO POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)							
	REGIONAL DISTRITO CAPITAL							
	CENTRO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA- BTÁ D.C.							
	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1						
	Código Regional	11						
	Código Centro	940410						
Fecha Elaboración	17 de Octubre de 2024							
Versión	MARZO 2024 - 2,24							
ID de Proceso	42124-594715							
DATOS DEL CONTRATISTA								
Nombres y apellidos:	LEIDY ANDREA PERICO TRIVIÑO			Banco a consignar:	BANCOLOMBIA			
Cédula de Ciudadanía	1.013.598.645			Tipo de cuenta:	AHORROS			
Correo electrónico:	leidy.andrea.trivino@gmail.com			Número de Cuenta:	18686973642			
IP/Nº de contacto:	3219473757			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:	5856254/2024		Nº Compromiso SIIF	17524		Número de pagos durante la vigencia del contrato	11	
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	Prestar los servicios profesionales de carácter temporal, para apoyar en la orientación de la formación profesional integral presencial y/o virtual, para las jornadas diurna, nocturna, madrugada y fines de semana en su sede principal, subsede y organizaciones, así como otras acciones que se deriven de los procesos formativos, para atender la formación Tecnológica, Laboral y Complementaria,							
DATOS PERIODO DEL PAGO								
Del	01/10/2024		Aí	31/10/2024		Saldo Anterior del Contrato:	\$ 11.461.566	
Número de pago	9					Valor Total del Contrato:	\$ 47.185.926	
Valor Bruto Pago:	\$ 4.465.545,00					Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 6.996.021	
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO								
Ingresos por honorarios	\$ 4.465.545					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	\$ 4.465.545					Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 2.960.045					TOTAL REFEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0	
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR								
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS			Octubre	Setiembre		Base retención en la fuente a título de RENTA	2.960.045,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.786.218		\$ 1.786.218			Base retención en la fuente a título de ICA	3.956.445,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 223.300		\$ 223.300			Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 285.800		\$ 285.800			IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00 19%	
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -		\$ 0			Menos Retención en la Fuente	0,00 0,00%	
ARL	\$ 9.400		\$ 9.400			Menos Retencion IVA	0,00 15%	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		-			Reteica - 8299 - BOGOTÁ	38.219,00 0,966%	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		-			Otras Retenciones	0,00 0%	
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		-			Otras Retenciones	0,00 0%	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -		-			Otras Retenciones	0,00 0%	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC	\$ -		-			Otras Retenciones	0,00 0,000%	
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	\$ -		-			Otras Retenciones	0,00 0,000%	
Salud hasta	\$ 753.040		\$ -			Otras Retenciones	0,00 0,000%	
Renta Exenta 25%	\$34.082.904		\$ 987.000			Otras Retenciones	0,00 0,000%	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 7.895.761					Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	\$					VALOR A PAGAR	\$4.427.326,00	
SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS VEINTISIETE MIL TRESCIENTOS VEINTEISEIS PESOS M/CTE								
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO								
1. EL CONTRATISTA apoyará el desarrollo de la formación profesional integral con calidad, oportunidad y eficiencia en los programas de								
2. Apoyar la preparación, desarrollo y evaluación de los procesos de aprendizaje en cualquiera de las estrategias de respuesta institu								
3. Gestionar oportunamente en el sistema Sofía Plus, todas las actividades relacionadas con el proceso de Formación Profesional Integrr								
4. Verificar el correcto registro de datos de los aprendices en el aplicativo SOFIA PLUS e informar las novedades por escrito a la Cod								
5. Informar a la coordinación de Administración Educativa mediante correo electrónico las novedades que se generen de la verificación								
6. Gestionar registro fotográfico e información básica de todos los aprendices de las fichas asignadas a la Coordinación de Administra								
7. Dar cumplimiento al instructivo de política de protección de datos personales según Acuerdo 009 de 2016 del SENA, con base en la Le								
8. Asistir y participar en las reuniones programadas por las coordinaciones, comités de evaluación y seguimiento de los aprendices cua								
9. Apoyar la participación en la programación y ejecución del proceso de inducción de los aprendices y el reconocimiento de aprendizaj								
PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFIQUE, 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						LEIDY ANDREA PERICO TRIVIÑO EL CONTRATISTA		
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO								
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:						Autorizo el presente pago. El Supervisor,		
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.						DIEGO ALBEIRO GARAY FORERO INSTRUCTOR G20		
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 TATIANA LENKE MATALLANA ROA SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)								

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1013598645	LEIDY ANDREA PERICO TRIVIÑO		CALLE 6 D No. 79 A-76 Int 15 Apto 586	3219473757	leidy.andrea.trivino@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2024-09	2024-09	I	10/10/2024	80274576	\$518.500
TOTAL A PAGAR					

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	223.300	0		0		0	0	0	0	223.300	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	285.800	0	0	0	0	0	0		285.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	9.400				9.400	0	0	9.400			94	9.400	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	223.300	223.300
Pensión	1	285.800	285.800
Riesgos Laborales	1	9.400	9.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	518.500	518.500

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1013598645	LEIDY ANDREA PERICO TRIVIÑO		CALLE 6 D No. 79 A-76 Int 15 Apto 586	3219473757	leidy.andrea.trivino@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2024-09	2024-09	I	10/10/2024	80274576	10
					TOTAL A PAGAR
					\$518.500

DETALLE POR COTIZANTE																																														
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES													
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Exonerado	Clase exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IDE	MA	MA	MA	MA	MA	MA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1013598645	PERICO TRIVIÑO LEIDY ANDREA	59	0		N																	230201	1.786.218	285.800	0	0	0	0	EPS005	1.786.218	223.300	14-23	1.786.218	1	9.400		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA