

 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)		Código Regional	8
	REGIONAL ATLÁNTICO		Código Centro	930210
	CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS- ATLÁNTICO		Fecha Elaboración	Noviembre de 2024
	Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Versión	MARZO 2024 - 2,24
			ID de Proceso	43949-490987
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos: EUGENIA MARIA CARO AMARIS		Banco a consignar: BANCO COLPATRIA		
Cédula de Ciudadanía: 22.493.104		Tipo de cuenta: AHORROS		
Correo electrónico: eugeniamariaca@misena.edu.co		Número de Cuenta: 4192170252		
IP/Nº de contacto: 3023762343		Presta Servicios Excluidos de IVA: NO		
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: 5767036/2024		Nº Compromiso SIIF 27624		Número de pagos durante la vigencia del contrato 12
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES TEMPORAL FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, EN FORMACION REGULAR TITULADA Y COMPLEMENTARIA PARA EL PROGRAMA FORMACIÓN GESTION CONTABLE Y DE INFORMACION FINANCIERA RADICADO 08-9-2024-001438 PZO 17-12-2024		
DATOS PERIODO DEL PAGO				
Del 01/11/2024	Al 30/11/2024	Saldo Anterior del Contrato:		\$ 6.996.019
Número de pago 11		Valor Total del Contrato:		\$ 47.334.777
Valor Bruto Pago:	\$ 4.465.545,00	Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 2.530.474
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 \$ 2.516.890		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO \$ 0		
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
		Noviembre	Octubre	
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		-----	9475785001	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.786.218	\$ 1.786.218	Base retención en la fuente a título de RENTA 2.516.890,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 223.300	\$ 223.300	Base retención en la fuente a título de ICA 3.956.445,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 285.800	\$ 285.800	Valor base IVA 0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00 19%
ARL I		\$ 9.400	\$ 9.400	Menos Retención en la Fuente 0,00 0,00%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -		Menos Retencion IVA 0,00 15%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -		Reteica - 8299 - BARRANQUILLA 39.564,00 1,000%
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		\$ -		Otras Retenciones 0,00 0%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		\$ -		Otras Retenciones 0,00 0%
Intereses Prestamo de Vivienda		\$ -		Otras Retenciones 0,00 0%
Dependientes hasta		\$ 446.555		Otras Retenciones 0,00 0%
Salud hasta \$ 753.040		\$ 144.600		Otras Retenciones 0,00 0%
Renta Exenta 25%		\$ 839.000		Otras Retenciones 0,00 0%
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. \$ 7.806.145				Otras Retenciones 0,00 0%
Retención en la Fuente Contingente		\$		Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00
				VALOR A PAGAR \$4.425.981,00
SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS VEINTICINCO MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y UN PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
PRESTAR SERVICIOS PERSONALES TEMPORAL FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, EN FORMACIÓN REGULAR TITULADA Y COMPLEMENTARIA PARA LOS DIFERENTES PROGRAMAS EN EL CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS EN LAS DIFERENTES FICHAS 2825378,2925841,2925842,2925839,2903950 Y 2925840. EN LA COMPETENCIA DE APLICAR PRACTICAS DE PROTECCIÓN AMBIENTAL, SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE ACUERDO A LAS POLÍTICAS ORGANIZACIONALES Y A LA NORMATIVIDAD VIGENTE, ADMINISTRAR LA S.O. DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD VIGENTE Y LAS POLÍTICAS DE LA ORGANIZACIÓN Y PROMOVER LA INTERACCIÓN IDÓNEA CONSIGO MISMO, CON LOS DEMÁS, CON LOS SERES DE LA NATURALEZA EN LOS CONTEXTOS LABORAL SOCIAL.				
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				
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 periodo 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.				
EUGENIA MARIA CARO AMARIS EL CONTRATISTA				
MARIA CECILIA SUAREZ BENAVIDES 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 ELIZABETH TUBERQUIA VANEGAS SUBDIRECTORA DE CENTRO G02				

DATOS GENERALES DEL APORTANTE																			
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF											
CC 22493104		CARO AMARIS EUGENIA MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 45d 2a bl 100 ap 402	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3038619	No											
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION																			
Periodo			Clave	NOVEDADES		Tipo		Fecha		Pago									
Planilla	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Valor												
2024-10	2024-10	42221297	9475785001	I	2024/11/05	2024/10/31	BANCO DE OCCIDENTE	0											
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																			
EMPLEADO			NOVEDADES			PENSION			SALUD			CCF							
No.	Identificación	Nombre	Ingre	Ret	Id	Id	Id	Id	Id	Id	Id	Id	Id	Id					
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																			
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																			
Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)																			
1	CC 22493104	CARO EUGENIA						25-14	30	\$1,786,218	\$285,800	EP5005	30	\$1,786,218					
Total Afiliados(1)								\$1,786,218		\$285,800				\$1,786,218					
DATOS GENERALES DEL APORTANTE																			
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF											
CC 22493104		CARO AMARIS EUGENIA MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 45d 2a bl 100 ap 402	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3038619	No											
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION																			
Periodo			Clave	Tipo		Fecha		Pago											
Planilla	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Valor												
2024-10	2024-10	42221297	9475785001	I	2024/11/05	2024/10/31	BANCO DE OCCIDENTE	0											
RESUMEN DE PAGO																			
RIESGO			CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR									
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)						1	\$285,800	\$0	\$0	\$285,800									
COLPENSIONES			25-14	900,336,004	7	1	\$285,800	\$0	\$0	\$285,800									
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)						1	\$9,400	\$0	\$0	\$9,400									
POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS			14-23	860,011,153	6	1	\$9,400	\$0	\$0	\$9,400									
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)						1	\$223,300	\$0	\$0	\$223,300									
SANITAS			EP5005	800,251,440	6	1	\$223,300	\$0	\$0	\$223,300									
TOTAL						1	\$518,500	\$0	\$0	\$518,500									