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 DISTRITO CAPITAL**

**CENTRO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA- BTÁ D.C.**

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

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **11** |
| **Código Centro** | **940410** |
| **Fecha Elaboración** | **Noviembre de 2024** |
| **Versión** | **MARZO 2024 - 2,24** |
| **ID de Proceso** | **61177-373141** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos:** | MARIA EUGENIA TIJARO GONZALEZ | **Banco a consignar:** | BANCOLOMBIA |
| **Cédula de Ciudadanía** | 52.554.407 | **Tipo de cuenta:** | AHORROS |
| **Correo electrónico:** | matijaro@misena.edu.co | **Número de Cuenta:** | 20305840230 |
| **IP/Nº de contacto:** | 3157543432 | **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:** | 5856039/2024 | **Nº Compromiso SIIF** | **15524** | **Número de pagos durante la vigencia del contrato** | 11 |

| | |
|---|---|
| **OBJETO CONTRACTUAL:** (Descripciòn 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** | **01/11/2024** | **Al** | **30/11/2024** | **Saldo Anterior del Contrato:** | $ 6.996.021 |
| **Número de pago** | **10** | | | **Valor Total del Contrato:** | $ 47.185.926 |
| **Valor Bruto Pago:** | | | **$ 4.465.545,00** | **Nuevo Saldo del Contrato:** | $ 2.530.476 |

## 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** | **$ 2.886.677** | **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** | | ---------- | **80839943** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | | $ 1.786.218 | $ 1.786.218 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | | $ 223.300 | $ 223.300 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | | $ 285.800 | $ 285.800 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | | $ - | $ 0 |
| ARL I | | $ 9.400 | $ 9.400 |
| 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 | | $ - | |
| Salud hasta | $ 753.040 | $ 98.368 | |
| Renta Exenta 25% | $ 34.082.904 | $ 962.000 | |
| Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. | $ 8.658.169 | | |
| Retención en la Fuente Contingente | | $ | |

| | | |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 2.886.677,00 | TARIFA |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 3.956.445,00 | |
| 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 - BOGOTÁ | 38.219,00 | 0,966% |
| - | 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** | **$4.427.326,00** | |

**SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS VEINTISIETE MIL TRESCIENTOS VEINTISEIS PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Apoyar el desarrollo de la FPI con calidad, presentar reportes de notas e informes a tiempo, siendo proactivo y recursivo.
Gestionar oportunamente Sofía Plus, todas las actividades relacionadas con el proceso dela FPI,garantizando la calidad de la formación
Gestionar oportunamente en el sistema Sofía Plus, todas las actividades relacionadas con el proceso de Formación Profesional Integral,
Verificar el correcto registro de datos de los aprendices en SOFIA PLUS e informar las novedades por escrito a la Coordinación.
Informar a la coord. de Admo. Educativa mediante correo electrónico las novedades que se generen de la verificación de datos en Sofia.
Gestionar registro fotográfico e info. básica de todos los aprendices de las fichas asignadas a coord. de Admo. Educativa para carnet

**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

**MARIA EUGENIA TIJARO GONZALEZ**
**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,

**SAMIR ARTURO BRAVO CHADID**
**INSTRUCTOR G19**

**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**
**VIVIANA GOMEZ VARGAS**
**SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)**

19/11/24 19:08:57 USUARIO: SIC - C.C. 52554407

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 52554407 | MARIA EUGENIA TIJARO GONZALEZ | CLL 71 A Bis 96 35 IN 2 APTO 101 | 6015281554 | genedreamer@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2024-10 | 2024-10 | I | 07/11/2024 | 80839943 | $555.500 | |

## 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 | | | | | |
| EPS008 | Compensar EPS | 860066942-7 | 223.300 | 0 | | 0 | | 0 | 2 | 400 | 0 | 223.700 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25-14 | Colpensiones | 900336004-7 | 285.900 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 500 | 0 | 286.400 | 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 | 2 | 100 | 9.500 | | | 94 | 9.500 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CCF24 | Compensar Caja | 860066942-7 | 35.800 | 2 | 100 | 35.900 | 1 |

**TOTALES PARAFISCALES**

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|
| SENA | | | | |
| 0 | 2 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 2 | 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 | 223.700 |
| Pensión | 1 | 285.900 | 286.400 |
| Riesgos Laborales | 1 | 9.400 | 9.500 |
| CCF | 1 | 35.800 | 35.900 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 4 | 554.400 | 555.500 |

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 52554407 | MARIA EUGENIA TIJARO GONZALEZ | CLL 71 A Bis 96 35 IN 2 APTO 101 | 6015281554 | genedreamer@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | 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 |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2024-10 | 2024-10 | I | 07/11/2024 | 80839943 | $555.500 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Estudiante | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario 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 | 52554407 | TIJARO GONZALEZ MARIA EUGENIA | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 1.786.300 | 285.900 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 1.786.300 | 223.300 | 14-23 | 1.786.300 | 1 | 9.400 | CCF24 | 1.786.300 | 35.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | salud
Plan Complementario

**EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR**
**NIT 860.066.942-7**

**CERTIFICA QUE**

El(la) señor(a) MARIA EUGENIA TIJARO GONZALEZ identificado(a) con Cedula Ciudadania No. 52554407, funcionario(a) de MARIA EUGENIA TIJARO GONZALEZ, tiene un contrato de PC ESPECIAL CON POS con COMPENSAR EPS, con una vigencia desde 01/05/2021 hasta 30/04/2022 por el cual ha cancelado la suma de UN MILLON CIENTO TREINTA Y SEIS MIL QUINIENTOS VEINTE PESOS ($1.136.520,00) A continuación se relacionan los pagos efectuados desde el 01/05/2021 a la fecha.

.

| Número de Recibo | Fecha de Pago | Valor Pagado |
|---|---|---|
| 16278654 | 20210526 | $ 92,610 |
| 16320710 | 20210626 | $ 92,610 |
| 16320711 | 20210707 | $ 92,610 |
| 16320712 | 20210809 | $ 92,610 |
| 16320713 | 20210910 | $ 92,610 |
| 16320714 | 20211013 | $ 92,610 |
| 16320715 | 20211104 | $ 92,610 |
| 16320716 | 20211218 | $ 92,610 |
| 16320717 | 20220113 | $ 98,910 |
| 16320718 | 20220212 | $ 98,910 |
| 16320719 | 20220324 | $ 98,910 |
| 16320720 | 20220409 | $ 98,910 |
| **Total** | | **$ 1,136,520** |

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), en Bogotá a los 20 días del mes de febrero de 2024.

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS. Cualquier aclaración, con gusto será atendida en nuestra Línea de Atención de Servicios de Salud (601) 3078088, exclusiva para Plan Complementario Especial y Plan Complementario Vital.

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio

compensar | salud
Plan Complementario

**EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR**
**NIT 860.066.942-7**

**CERTIFICA QUE**

El(la) señor(a) MARIA EUGENIA TIJARO GONZALEZ identificado(a) con Cedula Ciudadania No. 52554407, funcionario(a) de MARIA EUGENIA TIJARO GONZALEZ, tiene un contrato de PC ESPECIAL CON POS con COMPENSAR EPS, con una vigencia desde 01/05/2022 hasta 30/04/2023 por el cual ha cancelado la suma de UN MILLON DOSCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL SETECIENTOS CUARENTA PESOS ($1.258.740,00) A continuación se relacionan los pagos efectuados desde el 01/05/2022 a la fecha.

.

| Número de Recibo | Fecha de Pago | Valor Pagado |
|---|---|---|
| 18012475 | 20220506 | $ 98,910 |
| 18019415 | 20220609 | $ 98,910 |
| 18019416 | 20220702 | $ 98,910 |
| 18019417 | 20220818 | $ 98,910 |
| 18019418 | 20220908 | $ 98,910 |
| 18019419 | 20221014 | $ 98,910 |
| 18019420 | 20221110 | $ 98,910 |
| 18019421 | 20221213 | $ 98,910 |
| 19053658 | 20230104 | $ 116,865 |
| 19053659 | 20230203 | $ 116,865 |
| 19053660 | 20230403 | $ 116,865 |
| 19053661 | 20230403 | $ 116,865 |
| **Total** | | **$ 1,258,740** |

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), en Bogotá a los 20 días del mes de febrero de 2024.

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS. Cualquier aclaración, con gusto será atendida en nuestra Línea de Atención de Servicios de Salud (601) 3078088, exclusiva para Plan

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio

compensar | salud
Plan Complementario

**EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR**
**NIT 860.066.942-7**

**CERTIFICA QUE**

El(la) señor(a) MARIA EUGENIA TIJARO GONZALEZ identificado(a) con Cedula Ciudadania No. 52554407, funcionario(a) de MARIA EUGENIA TIJARO GONZALEZ, tiene un contrato de PC ESPECIAL CON POS con COMPENSAR EPS, con una vigencia desde 01/05/2023 hasta 30/04/2024 por el cual ha cancelado la suma de UN MILLON DOSCIENTOS DIEZ MIL DOSCIENTOS TREINTA PESOS ($1.210.230,00) A continuación se relacionan los pagos efectuados desde el 01/05/2023 a la fecha.

.

| Número de Recibo | Fecha de Pago | Valor Pagado |
|---|---|---|
| 19917870 | 20230605 | $ 116,865 |
| 19923210 | 20230605 | $ 116,865 |
| 19923211 | 20230704 | $ 116,865 |
| 19923212 | 20230814 | $ 116,865 |
| 19923213 | 20230911 | $ 116,865 |
| 19923214 | 20231006 | $ 116,865 |
| 19923215 | 20231107 | $ 116,865 |
| 19923216 | 20231213 | $ 116,865 |
| 20867038 | 20240112 | $ 137,655 |
| 20867039 | 20240203 | $ 137,655 |
| **Total** | | **$ 1,210,230** |

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), en Bogotá a los 20 días del mes de febrero de 2024.

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS. Cualquier aclaración, con gusto será atendida en nuestra Línea de Atención de Servicios de Salud (601) 3078088, exclusiva para Plan Complementario Especial y Plan Complementario Vital.

Cordialmente,

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio