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 VALLE

CENTRO AGROPECUARIO DE BUGA-VALLE

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

Código Regional	**76**
Código Centro	**912410**
Fecha Elaboración	**Noviembre de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**49910-202311**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	MARIA ISABEL MUÑOZ MANTILLA	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	31.193.147	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	mimunozm@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	30631595963
IP/Nº de contacto:	3117700417	**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	SI
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:	6508784/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**203724**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	5

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: PRESTACIÓN DE SERVICIOS ORIENTANDO FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL COMO INSTRUCTOR SENA DE ACCIONES REGULARES EN LAS MODALIDADES PRESENCIAL, A DISTANCIA Y/O VIRTUAL EN CUALQUIER PROGRAMA DE LOS DIFERENTES NIVELES DE FORMACIÓN DEL CAB

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/11/2024 Al 30/11/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 4.465.845
Número de pago	**5**	**Valor Total del Contrato:**	$ 20.988.062
Valor Bruto Pago:	**$ 4.465.545,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 300

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	**$ 2.953.745**	**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		----------	**9476318577**
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	II	$ 18.700	$ 18.700
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	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 15.492.229	$ 984.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 3.637.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.953.745,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.465.545,00	
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 - 8523 - CALI	0,00	0,000%
Reteica - 8523 - GUADALAJARA D	13.397,00	0,300%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
Pro-UCEVA	22.328,00	0,500%
Universidad del Pacífico	0,00	0,500%
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	**$4.429.820,00**	

SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS VEINTINUEVE MIL OCHOCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Anexo: Informe contractual del mes de noviembre de 2024

Pago de Seguridad Social del mes de octubre de 2024

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 ISABEL MUÑOZ MANTILLA
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,

LUDWIG MAURICIO ROJAS DELGADO
INSTRUCTOR G10

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
ALBETH MARTINEZ VALENCIA
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

18/11/24 18:57:08 USUARIO: SIC - C.C. 31193147

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 31193147		MUÑOZ MANTILLA MARIA ISABEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KR 27 # 21 - 49 SEGUNDO PISO	TULUA-VALLE	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-10	2024-10	1052531522	9476318577	I	2024/11/14	2024/11/15	BANCOLOMBIA	1	$242,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$0	$0			$1,786,218	$223,300			$0	$0			$1,786,218	$18,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$0	$0			$1,786,218	$223,300			$0	$0			$1,786,218	$18,700		$0	$0
Ciudad: TULUA Depto: VALLE (1 Afiliados)					$0	$0			$1,786,218	$223,300			$0	$0			$1,786,218	$18,700		$0	$0
1	CC	31193147	MUÑOZ MARIA		0	$0	$0	EPS037	30	$1,786,218	$223,300		0	$0	$0	14-23	30	$1,786,218	$18,700	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$0	$0			$1,786,218	$223,300			$0	$0			$1,786,218	$18,700		$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 31193147		MUÑOZ MANTILLA MARIA ISABEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KR 27 # 21 - 49 SEGUNDO PISO	TULUA-VALLE	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-10	2024-10	1052531522	9476318577	I	2024/11/14	2024/11/15	BANCOLOMBIA	1	$242,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$18,700	$100	$0	$18,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$18,700	$100	$0	$18,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$223,300	$200	$0	$223,500
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$223,300	$200	$0	$223,500
TOTAL				**1**	**$242,000**	**$300**	**$0**	**$242,300**

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 31193147		MUÑOZ MANTILLA MARIA ISABEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KR 27 # 21 - 49 SEGUNDO PISO	TULUA-VALLE	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-11	1052547702	9477335227	I	2024/12/11	2024/11/15	BANCOLOMBIA	0	$242,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$0	$0			$1,786,218	$223,300			$0	$0			$1,786,218	$18,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$0	$0			$1,786,218	$223,300			$0	$0			$1,786,218	$18,700		$0	$0
Ciudad: TULUA Depto: VALLE (1 Afiliados)					$0	$0			$1,786,218	$223,300			$0	$0			$1,786,218	$18,700		$0	$0
1	CC	31193147	MUÑOZ MARIA		0	$0	$0	EPS037	30	$1,786,218	$223,300		0	$0	$0	14-23	30	$1,786,218	$18,700	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$0	$0			$1,786,218	$223,300			$0	$0			$1,786,218	$18,700		$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 31193147		MUÑOZ MANTILLA MARIA ISABEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KR 27 # 21 - 49 SEGUNDO PISO	TULUA-VALLE	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-11	1052547702	9477335227	I	2024/12/11	2024/11/15	BANCOLOMBIA	0	$242,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$18,700	$0	$0	$18,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$18,700	$0	$0	$18,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$223,300	$0	$0	$223,300
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$223,300	$0	$0	$223,300
TOTAL				**1**	**$242,000**	**$0**	**$0**	**$242,000**

porvenir

COMPROBANTE DE CONSIGNACIÓN

Fondo de Pensiones Voluntarias

No. 41608695

CUENTAS RECAUDADORAS

Banco AV Villas	000-25777-4	Banco de Occidente	256-03684-9
Banco de Bogotá	000-34472-1	Banco Popular	150-21309-8

C.C, NIT, C.E,TI, RC: 3 1 1 9 3 1 4 7

* DISTRIBUCIÓN O CLAVE DE PORVENIR: 3 1 1 9 3 1 4 7

ANEXOS: Disquete ☐ Listado ☐ No. de hojas _____

*Deberá indicarse el número de la distribución; de lo contrario, el aporte se acreditará teniendo en cuenta las plantillas definidas por defecto en su cuenta individual.

FAVOR ANOTAR EL NÚMERO DE LA CUENTA RECAUDADORA AL RESPALDO DEL CHEQUE

DEPÓSITO **

COD. BCO.	No DEL CHEQUE LOCAL	VALOR $
EFECTIVO		$286.000

NOMBRE DEL CLIENTE: Maria Isabel Jaramillo

TELÉFONO: 3117700417

(415)7709998002197(8020)0041608695

BBO BBE * 90366 127 09:31:49 2024/11/19

ESPACIO PARA TIMBRE

FONDO VOLUNTARIO DE PENSIONES PORVENIR

17898661 * ******6849 ***** NC

OFI : 037 286,000.00 D

286,000.00 EF

0.00 CH

*****

Referencia1 : 31193147

Referencia2 : 31193147

"COPIA" Normal

Pensión Octubre 2024

PARA TODOS LOS EFECTOS, SE TOMARÁ COMO VÁLIDA LA FECHA DEL TIMBRE O SELLO DE LA ENTIDAD RECAUDADORA

- CLIENTE -

Impreso por: dispapeles S.A. 88263

porvenir

COMPROBANTE DE CONSIGNACIÓN

Fondo de Pensiones Voluntarias

No. 41608696

CUENTAS RECAUDADORAS

Banco AV Villas	000-25777-4	Banco de Occidente	256-03684-9
Banco de Bogotá	000-34472-1	Banco Popular	150-21309-8

C.C, NIT, C.E.TI, RC: 2 1 1 9 3 1 4 7

* DISTRIBUCIÓN O CLAVE DE PORVENIR: 2 1 1 9 2 1 4 7

ANEXOS — Disquete ☐ Listado ☐ No. de hojas _____

*Deberá indicarse el número de la distribución; de lo contrario, el aporte se acreditará teniendo en cuenta las plantillas definidas por defecto en su cuenta individual.

FAVOR ANOTAR EL NÚMERO DE LA CUENTA RECAUDADORA AL RESPALDO DEL CHEQUE

DEPÓSITO **

COD. BCO.	No DEL CHEQUE LOCAL	VALOR $
EFECTIVO		$286.000=

NOMBRE DEL CLIENTE: Maria Isabel Lyons

TELÉFONO: 3117700417

(415)7709998002197(8020)0041608696

REG DEC # 70366 128 09:36:34 2024/11/19

ESPACIO PARA TIMBRE

FONDO VOLUNTARIO DE PENSIONES PORVENIR

17899470 * ******6849 ***** NC

OFI 037 286,000.00 D

286,000.00 EF

0.00 CH

*****

Referencia1. : 31193147

Referencia2 : 31193147

"COPIA" Normal

Maria Isabel Lyons Pensión Noviembre 2024

PARA TODOS LOS EFECTOS, SE TOMARÁ COMO VÁLIDA LA FECHA DEL TIMBRE O SELLO DE LA ENTIDAD RECAUDADORA

- CLIENTE -

Impreso por: Litopapeles S.A. 88263