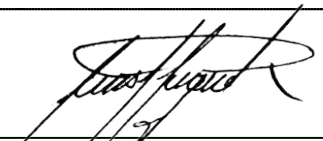
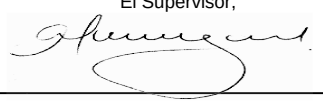


<div><div>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</div></div>	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)		Código Regional	18		
			Código Centro	951610		
			Fecha Elaboración	Octubre de 2024		
			Versión	MARZO 2024 - 2,24		
		ID de Proceso	91173-554892			
REGIONAL CAQUETÁ						
CENTRO TECNOLÓGICO DE LA AMAZONÍA-CAQUETÁ						
Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1						
DATOS DEL CONTRATISTA						
Nombres y apellidos:		LUIS MIGUEL ROJAS BETANCOURT	Banco a consignar: BANCO AGRARIO DE COLOMBIA			
Cédula de Ciudadanía		7.174.910	Tipo de cuenta: AHORROS			
Correo electrónico:		lmrojas@sena.edu.co	Número de Cuenta: 475030126775			
IP/Nº de contacto:		82960	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?						
Sus ingresos en el 2023 fueron iguales o superiores a \$59.377.000						
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)						
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?						
Concepto del pago corresponde a: Ninguno						
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T. 0,00%						
DATOS DEL CONTRATO						
Nº del contrato:		5883252/2024	Nº Compromiso SIIF	14924		
			Número de pagos durante la vigencia del contrato	11		
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		Prestar los servicios profesionales de carácter temporal, en actividades de Instructor del área de Enfermería, impartiendo Formación Profesional Integral, la administración educativa y el seguimiento en la etapa productiva; en las diferentes áreas del conocimiento de la formación Titulada Presencial, y Complementaria y A Distancia en los programas regular que imparte el Centro Tecnológico de la				
DATOS PERIODO DEL PAGO						
Del		01/10/2024	Al	31/10/2024		
Número de pago		9	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 12.600.944		
Valor Bruto Pago:		\$ 5.178.470,00	Valor Total del Contrato:	\$ 53.165.626		
			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 7.422.474		
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO						
Ingresos por honorarios		\$ 5.178.470	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		\$ 5.178.470	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0		
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 3.036.423	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0		
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR						
		Octubre	Setiembre	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	3.036.423,00	TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		-----	4000826405	Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.587.970,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 2.071.388	\$ 2.071.388	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 259.000	\$ 259.000	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 331.500	\$ 331.500	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -	\$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
ARL		\$ 21.700	\$ 21.700	Reteica - 8299 - FLORENCIA	27.528,00	0,600%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -			0,00	0%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -			0,00	0%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -			0,00	0%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ -			0,00	0%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		\$ -			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		\$ 517.847		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta		\$ 753.040	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%		\$34.082.904	\$ 1.012.000	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 8.035.323			0,00	
Retención en la Fuente Contingente		\$		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
				VALOR A PAGAR	\$5.150.942,00	
SON: CINCO MILLONES CIENTO CINCUENTA MIL NOVECIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS M/CTE						
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO						
Impartí formación complementaria en la ficha de Soporte Vital ficha: 3098461, Administracion de Medicamentos ficha:3110156						
y administrativo en salud ficha:2995532 y salud publica ficha: 2995528						
Entregué los soportes del procedimiento de Ingreso de aprendices al programa de Ingreso de aprendices al programa de formación						
Registré, verifique y realice seguimiento oportuno en el sistema de información Sofia Plus a las formaciones impartidas.						
Acate los lineamientos del Sistema integrado de Gestión y el Sistema de Seguridad de Salud en el Trabajo						
y asistí a las convocatorias que el centro programa.						
RECURSO: (NACIÓN)						
Anexo informe mensual de actividades del mes: OCTUBRE						
Municipio donde prestó los servicios: Florencia						
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				<div></div> <div>LUIS MIGUEL ROJAS BETANCOURT</div> <div>EL CONTRATISTA</div>		
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO						
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:				Autorizo el presente pago.		
1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;				El Supervisor,		
2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del periodo de cobro;				<div></div>		
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.				ALBA LUZ MENDEZ ROJAS		
				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						
LUIS ANGEL LOZADA OLAYA						
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02						

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE										DATOS GENERALES DE LA PLANILLA																
TIPO IDENTIFICACIÓN:		CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:		7174910					NÚMERO PLANILLA:		4000826405					TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES							
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:		FLORENCIA		DEPARTAMENTO:		LUIS MIGUEL ROJAS BETANCOURT					PERIODO COTIZACIÓN OTROS		MES		octubre AÑO		2024		PERIODO COTIZACIÓN SALUD:		MES		octubre AÑO		2024	
CIUDAD/MUNICIPIO:		CARRERA 5 N 22 31		TELÉFONO:		CAQUETA					DÍAS DE MORA:				0											
DIRECCIÓN:		02-INDEPENDIENTE		CLASE APORTANTE:		I-INDEPENDIENTE					FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):				2024/10/22				NÚMERO AUTORIZACIÓN:				9990428605			
TIPO APORTANTE:		PRIVADA		ACTIVIDAD ECONOMICA:		Actividades de apoyo terapéutico.																				
TIPO EMPRESA:		SUCURSAL		SUCURSAL / DEPENDENCIA:		11 - OCTUBRE 2024																				
FORMA DE PRESENTACIÓN:																										
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):																										

TOTAL APORTES A PENSIÓN														
ADMINISTRADORA				No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE					EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES			1	\$ 333.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 333.100	\$ 0	\$ 333.100
SUBTOTALES:											\$ 333.100	\$ 0	\$ 333.100	

TOTAL APORTES A SALUD																		
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES					
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO		
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 260.200		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 260.200		
SUBTOTALES:													\$ 260.200	\$ 0	\$ 0	\$ 260.200		

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES													
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES					
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO	
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 50.800	\$ 50.800	\$ 0	\$ 0	\$ 50.800	
SUBTOTALES:									\$ 50.800	\$ 0	\$ 0	\$ 50.800	

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																					
DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES										SEGURIDAD SOCIAL												PARAFISCALES																						
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN						SALUD						ARP			DÍAS COT	IBC	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU					
																										ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES			TOTAL APORTE	ADMIN					DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	ADMIN
1	CC 7174910	ROJAS BETANCOURT LUIS MIGUEL	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		\$ 2.081.464			NO																		25-14 COLPENSIONES	30	2.081.464	\$ 333.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 333.100	EPS037- NUEVA EPS	30	2.081.464	\$ 260.200	\$ 0	\$ 260.200	14-23 POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	2.081.464	\$ 7174910	\$ 50.800	\$ 0		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0