

<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) REGIONAL VICHADA CENTRO DE PRODUCCIÓN Y TRANSFORMACIÓN AGROINDUSTRIAL DE LA ORINOQUIA-VICHADA Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Código Regional		99				
			Código Centro		953110				
			Fecha Elaboración		Noviembre de 2024				
			Versión		MARZO 2024 - 2,24				
			ID de Proceso		12380-379855				
DATOS DEL CONTRATISTA									
Nombres y apellidos:		RAFAEL NUÑEZ DIAZ		Banco a consignar:		BANCOLOMBIA			
Cédula de Ciudadanía		79.593.217		Tipo de cuenta:		AHORROS			
Correo electrónico:		ranudiaz@misena.edu.co		Número de Cuenta:		67836838332			
IP/N° de contacto:		3126550783		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									
N° del contrato:		6353065/2024	N° Compromiso SIIF		25724	Número de pagos durante la vigencia del contrato	8		
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		Contratar la prestación de servicios profesionales de instructores para Impartir Formación Profesional Titulada, Complementaria y/o virtual en área asignada en el Centro de Producción y Transformación Agroindustrial de la Orinoquia y los municipios del departamento del Vichada, en los programas relacionados con su perfil de acuerdo con la programación establecida por la							
DATOS PERIODO DEL PAGO									
Del		01/11/2024	Al		30/11/2024	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 5.818.867		
Número de pago		7	Valor Total del Contrato:				\$ 30.667.000		
Valor Bruto Pago:		\$ 4.718.000,00		Nuevo Saldo del Contrato:			\$ 1.100.867		
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO									
Ingresos por honorarios		\$ 4.718.000		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		\$ 4.718.000		Menos, Retefuente Otros Ingresos		\$ 0			
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 3.127.200		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0			
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR									
		Noviembre		Octubre		Base retención en la fuente a titulo de RENTA		3.127.200,00	TARIFA
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----		1207787464		Base retención en la fuente a titulo de ICA		4.718.000,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.887.200		\$ 1.887.200		Valor base IVA		0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 235.900		\$ 235.900		IVA (Si es RESPONSABLE)		0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 302.000		\$ 302.000		Menos Retención en la Fuente		0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -		\$ 0		Menos Retencion IVA		0,00	15%
ARL		\$ 9.900		\$ 9.900		Reteica - 8560 - PUERTO CARREÑ		9.436,00	0,200%
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		\$ -						0,00	0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda		\$ -						0,00	0,000%
Dependientes hasta		\$ -						0,00	0,000%
Salud hasta		\$ 753.040		\$ -				0,00	0,000%
Renta Exenta 25%		\$ 24.787.566		\$ 1.043.000				0,00	0,000%
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 5.749.000						0,00	
Retención en la Fuente Contingente		\$				Descuentos de embargo (Si tiene)		0,00	
						VALOR A PAGAR		\$4.708.564,00	
SON: CUATRO MILLONES SETECIENTOS OCHO MIL QUINIENTOS SESENTA Y CUATRO PESOS M/CTE									
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO									
Me permito entregar informe de actividades desarrolladas durante el período comprendido entre el 01 y el 31 de octubre de 2024.									
Se realizaron acciones de alistamiento, planeación, evaluación y orientación de actividades formativas en Sofiaplus y Zajuna así:									
TRANSVERSAL DE INGLÉS FICHA 2721228 PROGRAMA: DESARROLLO MULTIMEDIA Y WEB									
TRANSVERSAL DE INGLÉS FICHA 2721532 PROGRAMA: ANALISIS Y DESARROLLO DE SOFTWARE									
TRANSVERSAL DE INGLÉS FICHA 2721712 PROGRAMA: DESARROLLO PUBLICITARIO									
TRANSVERSAL DE INGLÉS FICHA 2721353 y 2758219 PROGRAMA: GESTION AGROEMPRESARIAL									
TRANSVERSAL DE INGLÉS FICHA 2834357 PROGRAMA: ASESORIA COMERCIAL									
TRANSVERSAL DE INGLÉS FICHA 2834611 DESARROLLO DE MEDIOS GRAFICOS VISUALES									
TRANSVERSAL DE INGLÉS FICHA 2977601 Y 2977601 PROGRAMA: CONTABILIZACION DE OPERACIONES COMERCIALES Y FINANCIERAS									
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.									
Autorizo el presente pago. El Supervisor,									
JENNY LILIANA CASTILLO MONGUI INSTRUCTOR G11									
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 FERNANDO BARRERO CABALLERO 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:	79593217		NÚMERO PLANILLA:	1207787464	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES						
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:		DEPARTAMENTO:	RAFAEL NUNEZ DIAZ		PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	octubre	AÑO	2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	octubre	AÑO	2024
CIUDAD/MUNICIPIO:	MEDELLIN	TELÉFONO:	99999999		DÍAS DE MORA:		0			NÚMERO AUTORIZACIÓN:				0000042372
DIRECCIÓN:	CALLE 42 N 80 B 43	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE		FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/11/01							
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act											
TIPO EMPRESA:	PRIVADA													
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO													
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO											