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	**Diciembre de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**33011-802889**

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	**01/12/2024 Al 17/12/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 2.530.476
Número de pago	**11**	**Valor Total del Contrato:**	$ 47.185.926
Valor Bruto Pago:	**$ 2.530.476,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 0

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.530.476	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	**$ 2.530.476**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.540.808**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR

		Diciembre	Noviembre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**81439156**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.300.000	$ 1.786.218
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 162.500	$ 223.300
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 208.000	$ 285.800
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 6.800	$ 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	$ 753.040	$ 98.368	
Salud hasta	$ 34.082.904	$ 514.000	
Renta Exenta 25%			
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 9.620.169		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	1.540.808,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	2.159.976,00	
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	20.865,00	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	**$2.509.611,00**	

SON: DOS MILLONES QUINIENTOS NUEVE MIL SEISCIENTOS ONCE 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)

12/12/24 23:36:41 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	
2024-11	2024-11	I	12/12/2024	81439156	$558.000	

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	9	1.400	0	224.700	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	9	1.800	0	287.700	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	9	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	9	300	36.100	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	9	0	0	0
ICBF				
0	9	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	224.700
Pensión	1	285.900	287.700
Riesgos Laborales	1	9.400	9.500
CCF	1	35.800	36.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	554.400	558.000

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
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.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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	
2024-11	2024-11	I	12/12/2024	81439156	$558.000	

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	Estornado	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