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	**42479-082254**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	RODRIGUEZ PINEDA ANNY ALEJANDRA	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	1.016.003.154	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	aarodriguezp@misena.edu.co	**Número de Cuenta:**	18928177889
IP/Nº de contacto:	3123063749	**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:	5855472/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**15124**	**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 30/12/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 4.465.545
Número de pago	**11**	**Valor Total del Contrato:**	$ 49.120.995
Valor Bruto Pago:	**$ 4.465.545,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 0

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	**$ 2.851.545**	**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		----------	**81366168**
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	$ 144.500	
Renta Exenta 25%	$ 34.082.904	$ 951.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 9.510.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.851.545,00	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 formación profesional integral con calidad, oportunidad y eficiencia en los programas de nivel tecnológico,
Apoyar la preparación, desarrollo y evaluación de los procesos de aprendizaje en cualquiera de las estrategias de respuesta institucio
Gestionar oportunamente en el sistema Sofia Plus, todas las actividades relacionadas con el proceso de Formacion Profesional Integra
Verificar el correcto registro de datos de los aprendices en el aplicativo SOFIA PLUS e informar las novedades por escrito a la Coordi
Informar a la coordinacion de Administracion Educativa mediante correo electronico las novedades que se generen de la verificacion
Gestionar registro fotografico e informacion basica de todos los aprendices de las fichas asignadas a la Coordinacion de Administr
Dar cumplimiento al instructivo de politica de proteccion de datos personales segun Acuerdo 009 de 2016 del SENA, con base en la Le
Asistir y participar en las reuniones programadas por las coordinaciones, comites de evaluacion y seguimiento de los aprendices cuan
Apoyar la participacion en la programacion y ejecucion del proceso de induccion de los aprendices y el reconocimiento de aprendiza

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

RODRIGUEZ PINEDA ANNY ALEJANDRA
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)

16/12/24 15:59:39 USUARIO: SIC - C.C. 1016003154

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	1016003154	ANNY ALEJANDRA RODRIGUEZ PINEDA	diagonal 16b No 104-23	3123063749	anaropi87@hotmail.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	81366168	$529.300	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	223.300	0		0		0	0	0	0	223.300	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	285.800	0	0	0	0	0	0		285.800	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	0	0	9.400			94	9.400	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	10.800	0	0	10.800	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	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	223.300
Pensión	1	285.800	285.800
Riesgos Laborales	1	9.400	9.400
CCF	1	10.800	10.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	529.300	529.300

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	1016003154	ANNY ALEJANDRA RODRIGUEZ PINEDA		diagonal 16b No 104-23	3123063749	anaropi87@hotmail.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	
2024-11	2024-11	I	12/12/2024	81366168	$529.300	

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	1016003154	RODRIGUEZ PINEDA ANNY ALEJANDRA	59	0			N																	25-14	1.786.218	285.800	0	0	0	0	EPS005	1.786.218	223.300	14-23	1.786.218	1	9.400	CCF24	1.786.218	10.800	0	0	0	0	0

PAGADA

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

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo

Plan Premium
Plan de Atención Complementaria-PAC

ANNY ALEJANDRA RODRIGUEZ PINEDA

ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S. A. S. EPS SANITAS
NIT 800251440

CARRERA 122 D # 129 D - 11
BOGOTA D.C., DISTRITO CAPITAL
47004

Somos Grandes Contribuyentes según Resolución DIAN No. 12220 del 27 de diciembre de 2022
Resolucion DIAN No. 18764055554896 del 06/09/2023 al 06/03/2025 autoriza facturacion electronica del 710-5000001 al 710-9000000 vencimiento 18 meses
Actividad Economica CIIU 6521. Responsable de IVA
No somos Autorretenedores

CUFE:ac0d396aa6c518e01da3696191abc47f2c820bc86c8423df148ea0840aea9f5afb174e15ce03d831a867050eb87788ab

ITEMS FACTURADOS: 1

CONTRATO REFERENCIA PARA PAGO:	**318411698**
Factura Electrónica de Venta PAC:	7106511053
Fecha y hora de Expedición:	27/04/2024 05:08:59
Pagar Antes del:	**15/05/2024**
Forma de Pago:	CREDITO
Suspensión del servicio a partir de:	16/05/2024

Concepto	Valor
CUOTA PLAN DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA EN SALUD-PAC PREMIUM DE 01/05/2024 AL 31/05/2024	$45,905
IVA 5%	$2,295
TOTAL PERIODO	**$48,200.00**

EXTRACTO AL 27/04/2024

Fecha	Concepto	Transaccion	Valor Credito	Valor Debito	Saldo
Saldo al 22/03/2024					$0
22/03/2024	Factura	710-6310837	$144,500		$144,500
23/04/2024	PAGO	24110587		$144,500	$0
Saldo al 27/04/2024					$0.00

Factura del Periodo 01/05/2024 al 31/05/2024 $48,200

VALOR TOTAL A PAGAR **$48,200**

Ahorra tiempo y evita desplazamientos. Estas a un clic de realizar el pago de tu plan. Utiliza nuestras plataformas electronicas: la APP y el portal WEB, disponibles las 24 horas del dia, los 7 dias de la semana, de forma facil y segura registrando la referencia de tu factura.

RECAUDO EXCLUSIVO BANCO DE BOGOTA

(415)7707246432000(8020)00000318411698(3900)000000048200(96)20240531

Para pagar favor utilizar este cupón

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo

PAGOS POR MEDIOS ELECTRÓNICOS
- Enlace www.epssanitas.com opción Afiliados PlanPremium/botón Tus cuotas mensuales
- Portal de Pagos Grupo Aval-AvalPay

PAGOS POR CORRESPONSAL BANCO DE BOGOTÁ CONVENIO (7164)
- Efecty
- Grupo Éxito
- Copidrogas
- Red Cerca
- Full Carga
- Movil Red
- Bemovil
- Punto red
- Seapto
- Super pagos

PAGO EN OFICINA BANCO DE BOGOTÁ CUENTA 033626110

Pague su factura aquí

pse AvalPay Center

Plan Premium
Plan de Atención Complementaria-PAC

DÍA	MES	AÑO	CIUDAD	REFERENCIA PARA PAGO
				318411698
CONTRATO No.			VALOR CUOTA PERIODO	PARA PAGO TOTAL CANCELE
318411698			48,200	**48,200**

EFECTIVO

CHEQUE NO.

TOTAL

Fabricante Software: Sonda de Colombia Nit 830001637/Proveedor tecnológico: Transfiriendo Nit 900032159

Transacción Aprobada

Si requiere más información acerca de la transacción, por favor contactarse al número telefónico:

Bogota: 3759333 | Cali: 6440911 opción 7 | Barranquilla: 3360669 opción 7 | Bucaramanga: 6851059 opción 7

Esta es la información sobre su pago:

DATOS DE LA EMPRESA	
Empresa:	E.P.S. SANITAS S.A.
Dirección:	Calle 100 No. 11B-67 - Bogota - Colombia
Teléfono:	Bogota: 3759333 | Cali: 6440911 opción 7 | Barranquilla: 3360669 opción 7 | Bucaramanga: 6851059 opción 7
Nit:	8002514406

DATOS DEL CLIENTE	
Identificación del Cliente:	1016003154
IP:	186.84.20.88

FORMA DE PAGO	
DATOS DEL PAGO	
Medio de Pago:	Pagos ACH PSE
Fecha del Pago:	17/05/2024
Ticket ID:	7106511053
Transacción/CUS:	646914801
Tipo de usuario:	Persona
Estado Transacción:	Transacción Aprobada
Concepto:	ANNY ALEJANDRA RODRIGUEZ PINEDA
Ciclo Transacción:	1
Banco:	BANCOLOMBIA
Cód. de servicio:	1002
Total:	48200
Total Iva:	0
No. Pago:	7106511053

* Esta transacción esta sujeta a verificación

IMPRIMIR ESTA PÁGINA