

SENA

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 ANTIOQUIA

CENTRO DE SERVICIOS DE SALUD - ANTIOQUIA

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

Código Regional

Código Centro

Fecha Elaboración

Versión

ID de Proceso

5

940110

Setiembre de 2024

MARZO 2024 - 2,24

89739-835765

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:

Cédula de Ciudadanía

Correo electrónico:

IP/N° de contacto:

Inducción SST:

Régimen del IVA:

MARIA CRISTINA BETANCUR ESCOBAR

43.840.271

mbetancur20@misena.edu.co

42134

SI

NO RESPONSABLE

Banco a consignar:

Tipo de cuenta:

Número de Cuenta:

Presta Servicios Excluidos de IVA:

Pertenece al régimen simple de tributación:

Es declarante de renta por el año gravable 2023

BANCOLOMBIA

AHORROS

00615915564

NO

NO

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:

Nº Compromiso SIIF

Número de pagos durante la vigencia del contrato

5796790/2024

12624

12

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripción del servicio prestado)

SERVICIOS PERSONALES - PRESTAR SERVICIOS PERSONALES PARA LA FORMACION ORIENTACION Y ASESORIA EN LOS PROGRAMAS DE FORMACION TITULADA DE REGENCIA DE FARMACIA Y SERVICIOS FARMACEUTICOS Y O EN LA FORMACION COMPLEMENTARIA DE SU COMPETENCIA SEGUN EL PERFIL

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del

01/09/2024

Al

30/09/2024

Número de pago

9

Valor Bruto Pago:

\$ 4.465.545,00

Saldo Anterior del Contrato:

\$ 15.629.407

Valor Total del Contrato:

\$ 47.632.480

Nuevo Saldo del Contrato:

\$ 11.163.862

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios

Ingresos por comisiones

Ingresos de otros meses cobrados en el mes

TOTAL INGRESOS DEL PERIODO

BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE

\$ 4.465.545

\$ 0

\$ 0

\$ 4.465.545

\$ 2.701.245

Ninguno

Retencion en la Fuente del Periodo

Menos, Retefuente Otros Ingresos

TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO

0,00%

\$ 0

\$ 0

\$ 0

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

Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS

Ingreso Base de Cotización - IBC

Aporte obligatorio a seguridad social salud

Aporte obligatorio a seguridad social Pensión

Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional

ARL

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

Renta Exenta 25%

Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.

Retención en la Fuente Contingente

Setiembre

Agosto

9472188058

\$ 1.786.218

\$ 1.786.218

\$ 223.300

\$ 223.300

\$ 285.800

\$ 285.800

\$ -

\$ 0

\$ 9.400

\$ 9.400

\$ -

\$ -

\$ -

\$ -

\$ -

\$ -

\$ 753.040

\$ 345.800

\$ 37.181.350

\$ 900.000

\$ 6.305.912

\$ -

\$ -

Base retención en la fuente a título de RENTA

Base retención en la fuente a título de ICA

Valor base IVA

IVA (Si es RESPONSABLE)

Menos Retención en la Fuente

Menos Retencion IVA

Reteica - 8299

-

-

-

-

Jaime Isaza Cadavid

Otras Retenciones

Otras Retenciones

Otras Retenciones

Otras Retenciones

Descuentos de embargo (Si tiene)

VALOR A PAGAR

2.701.245,00

3.956.445,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

17.862,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

\$4.447.683,00

TARIFA

19%

0,00%

15%

0,400%

0,400%

0,400%

0,400%

0,000%

0,000%

0,000%

0,000%

0,000%

SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y TRES PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

"Ver anexo informe de actividades correspondiente al mes de sept que se encuentra en el proceso registrado en Secop II vigencia 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 Cristina Betancur Escobar

MARIA CRISTINA BETANCUR ESCOBAR
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,

CARLOS DARIO JIMENEZ BALOCO
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

NORA LUZ SALAZAR MARULANDA

SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

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 43840271		BETANCUR ESCOBAR MARIA CRISTINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 75 SUR 34 2 40 APTO 2507	SABANETA-ANTIOQUIA	2861178	No
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2024-08	2024-08	897588825	9472188058	I	2024/09/17	2024/09/09	BANCOLOMBIA	\$518,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																					
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,786,222	\$285,800			\$1,786,222	\$223,300			\$0	\$0			\$1,786,222	\$9,400		\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,786,222	\$285,800			\$1,786,222	\$223,300			\$0	\$0			\$1,786,222	\$9,400		\$0	\$0
Ciudad: SABANETA Depto: ANTIOQUIA (1 Afiliados)					\$1,786,222	\$285,800			\$1,786,222	\$223,300			\$0	\$0			\$1,786,222	\$9,400		\$0	\$0
1	CC 43840271	BETANCUR MARIA	230301	30	\$1,786,222	\$285,800	EP5010	30	\$1,786,222	\$223,300		0	\$0	\$0	14-11	30	\$1,786,222	\$9,400	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$1,786,222	\$285,800			\$1,786,222	\$223,300			\$0	\$0			\$1,786,222	\$9,400		\$0	\$0

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 43840271		BETANCUR ESCOBAR MARIA CRISTINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 75 SUR 34 2 40 APTO 2507	SABANETA-ANTIOQUIA	2861178	No
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2024-08	2024-08	897588825	9472188058	I	2024/09/17	2024/09/09	BANCOLOMBIA	\$518,500
RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$285,800	\$0	\$0	\$285,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$285,800	\$0	\$0	\$285,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$9,400	\$0	\$0	\$9,400
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$9,400	\$0	\$0	\$9,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$223,300	\$0	\$0	\$223,300
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	\$223,300	\$0	\$0	\$223,300
TOTAL				1	\$518,500	\$0	\$0	\$518,500