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 CHOCÓ

CENTRO DE RECURSOS NATURALES, INDUSTRIA Y BIODIVERSIDAD - SERVICIOS PRESTADOA A LA FO

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

Código Regional	**27**
Código Centro	**952210**
Fecha Elaboración	**Junio de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**93073-677058**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	GABRIEL PALACIOS PALACIOS	**Banco a consignar:**	BANCO POPULAR
Cédula de Ciudadanía	1.133.649.132	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	tipo.w2017@gmail.com	**Número de Cuenta:**	500806256275
IP/Nº de contacto:		**Presta Servicios Excluidos de IVA:**	NO
Inducción SST:	SI	**Pertenece al régimen simple de tributación:**	NO
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta por el año gravable 2024**	NO

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	NO
Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a $65.891.000	NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2025 es igual o superior a $164.336.700 (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:	7805283/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**47925**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	8

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	CONTRATACIÓN INSTRUCTORES-PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL DE CUARENTA Y SIETE (47) INSTRUCTORES, PARA ORIENTAR, DESARROLLAR Y EVALUAR LOS PROCESOS DE FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL (FPI) DE LOS APRENDICES EN LOS PROGRAMAS DE OFERTA

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/06/2025**	**Al**	**30/06/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 38.047.945
Número de pago	**2**			**Valor Total del Contrato:**	$ 42.670.592
Valor Bruto Pago:			**$ 5.333.824,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 32.714.121

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 5.333.824	Retención en la fuente a practicar Artículo 383 rentas	1,19%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 365.364
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 4.622.647		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 9.956.471**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 285.910
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 6.653.871**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 79.454**

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

		Junio	Mayo
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		-------	**1747915031**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 2.133.530	$ 1.602.518
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 266.700	$ 200.400
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 341.400	$ 256.500
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL	I	$ 11.200	$ 8.400
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ 256.500	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ 200.400	
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ 8.400	
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	$ 796.784	$ -	
Renta Exenta 25%	$26.227.473	$ 2.218.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 2.079.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	6.653.871,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.725.724,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	79.454,00	1,19%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8551 - QUIBDO	9.451,00	0,200%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Pro Utch	80.007,00	1,500%
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	**$5.164.912,00**	

SON: CINCO MILLONES CIENTO SESENTA Y CUATRO MIL NOVECIENTOS DOCE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se establecieron los horarios y las condiciones para los aprendices para impartir la formación
se elaboraron las planeaciones pedagógicas
se elaboraron las guias de aprendizajes
se elaboraron los diferentes talleres y se dejó como trabajo final que cada aprendiz plantee un problema social con una solución
se planeó las actividades con los aprendices de acuerdo con la estructura curricular, talleres, consultas etc.
se elaboro el informe mensual, se relacionó el cumplimiento de las responsabilidades contractuales.

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

GABRIEL PALACIOS PALACIOS
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui 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,

Firmado digitalmente por CANDIDA ASPRILLA JARAMILLO
Fecha: 2025.06.17 17:06:26 -05'00'

CANDIDA ASPRILLA JARAMILLO
INSTRUCTOR G20

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
JHON DERLYNG CARDONA DELGADO
DIRECTOR REGIONAL CON FUNCIONES DE SUBDIRECTOR DE CENTRO

16/06/25 19:09:48 USUARIO: SIC - C.C. 1133649132

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Banco de Bogotá

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1133649132
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			GABRIEL PALACIOS PALACIOS
CIUDAD/MUNICIPIO:	QUIBDO	DEPARTAMENTO:	CHOCO
DIRECCIÓN:	CARREA 3 22-44	TELÉFONO:	6710113
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicio de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**1747915031**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	mayo	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	mayo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2025	SALUD:	AÑO:	2025
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/05/14	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		757482

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
X																

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002248088	230301	230301-PORVENIR	1	$ 341.400
		SUBTOTAL:	1	**$ 341.400**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8000887022	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	$ 266.700
		SUBTOTAL:	1	**$ 266.700**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 11.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 11.200**

VALOR SIN MORA:	**$ 619.300**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 619.300**

Planilla Pagada