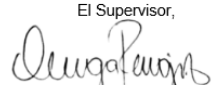


 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)		Código Regional	68		
	REGIONAL SANTANDER		Código Centro	922510		
	CENTRO INDUSTRIAL DEL DISEÑO Y LA MANUFACTURA-SANTANDER		Fecha Elaboración	22 Noviembre de 2024		
	Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Versión	MARZO 2024 - 2,24		
			ID de Proceso	08854-429004		
DATOS DEL CONTRATISTA						
Nombres y apellidos: MARTHA CECILIA AMAYA LARA		Banco a consignar: BANCO CAJA SOCIAL				
Cédula de Ciudadanía: 63.503.148		Tipo de cuenta: AHORROS				
Correo electrónico: mcamaya@misena.edu.co		Número de Cuenta: 24132165848				
IP/Nº de contacto: 3175692683		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 2023: NO				
¿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:	5904294/2024	Nº Compromiso SIIF	38524	Número de pagos durante la vigencia del contrato	10	
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		SERVICIOS PERSONALES: PARA IMPULSAR Y DESARROLLAR ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES Y NO TRANSMISIBLES Y PROMOCION DE LA SALUD DIRIGIDAS A APRENDICES DEL CENTRO DE FORMACION PL 9 MESES Y 14 DIAS VR MES \$1.900.000-CESION CONTRATO				
DATOS PERIODO DEL PAGO						
Del	01/11/2024	Al	30/11/2024	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 2.786.667	
Número de pago	9			Valor Total del Contrato:	\$ 17.986.667	
Valor Bruto Pago:	\$ 1.900.000,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 886.667	
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO						
Ingresos por honorarios	\$ 1.900.000	Ninguno			0,00%	
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo			\$ 0	
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0					
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 1.900.000	Menos, Retefuente Otros Ingresos			\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 1.123.800	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO			\$ 0	
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR						
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		Noviembre	Octubre	Base retención en la fuente a título de RENTA	1.123.800,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.300.000	\$ 1.300.000	Base retención en la fuente a título de ICA	1.900.000,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 162.500	\$ 162.500	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 208.000	\$ 208.000	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL III		\$ 31.700	\$ 31.700	Menos Retención IVA	0,00	15%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -		Reteica - 8299 - FLORIDABLANCA	11.400,00	0,600%
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		\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda		\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta		\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	\$ 753.040	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	\$ 30.984.458	\$ 374.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 2.992.000			Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	\$			VALOR A PAGAR	\$1.888.600,00	
SON: UN MILLÓN OCHOCIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL SEISCIENTOS PESOS M/CTE						
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO						
Se orientan RUTAS DE ATENCIÓN en procesos a seguir con la EPS a aprendices con diferentes afecciones en salud						
Se realiza socialización de los beneficios obtenidos con la póliza AXA COLPATRIA, se orienta las acciones a realizar en caso accidente						
Se organiza actividad de Enfermedades No transmisibles, jornada de PREVENCIÓN RIESGO CARDIOVASCULAR.						
Se realiza TALLER SOBRE PRIMEROS AUXILIOS para preservar la vida en los casos más comunes de emergencia.						
Se organiza y ejecuta actividad de Poder Sena-DERECHO A NO SUFRIR DE DISCRIMINACIÓN RACIAL						
Organización de actividad día internacional de las personas con discapacidad.						
Organización de actividad Semana del enfoque diferencial						
Se organiza y ejecuta actividad de Campaña Sobre Derechos Sexuales Y Reproductivos Y Métodos De Planificación.						
Se apoya en actividades para a desarrollar según parrilla ofertada en el centro de formación según la necesidad de la ficha.						
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					 MARTHA CECILIA AMAYA LARA EL CONTRATISTA	
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO						
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:					Autorizo el presente pago.	
1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;					El Supervisor,	
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 PII A relacionada en el presente						

informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.

OLGA TERESA ROJAS CADENA
PROFESIONAL G02

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
JAIRO ORLANDO RAMIREZ MONTERO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

25/11/24 07:48:33 USUARIO: SIC - C.C. 63503148



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES COMPROBANTE DE PAGO



DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 63503148
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	MARTHA CECILIA AMAYA LARA	
CIUDAD/MUNICIPIO:	BUCARAMANGA	DEPARTAMENTO: SANTANDER
DIRECCIÓN:	CARERRA 24 #69B - 33 T/4	TELÉFONO: 6999999
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO	

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	4575089155	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: octubre	PERIODO COTIZACIÓN MES: octubre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2024	SALUD: AÑO: 2024
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/10/23	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 9990437066

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

LIQUIDACIÓN GENERAL						
				TOTALES		
				COTIZANTES	TOTAL PAGADO	
PENSIÓN						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
800227940	231001	231001-COLFONDOS		1	\$ 208.000	
SUBTOTAL:				1	\$ 208.000	
SALUD						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
900156264	EPS037	EPS037-NUEVA EPS		1	\$ 162.500	
SUBTOTAL:				1	\$ 162.500	
RIESGOS PROFESIONALES						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.		1	\$ 31.700	
SUBTOTAL:				1	\$ 31.700	

VALOR SIN MORA:	\$ 402.200
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 402.200