

 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	11
	REGIONAL DISTRITO CAPITAL		Código Centro	940510
	CENTRO DE SERVICIOS FINANCIEROS- BTÁ D.C		Fecha Elaboración	Setiembre de 2024
	Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Versión	MARZO 2024 - 2,24
			ID de Proceso	89714-735726
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos: MARIA FERNANDA CALDERON GUZMAN		Banco a consignar: DAVIVIENDA		
Cédula de Ciudadanía 52.204.915		Tipo de cuenta: AHORROS		
Correo electrónico: mfcalderon5@misena.edu.co		Número de Cuenta: 000010546976		
IP/Nº de contacto: 14518		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: 6280149/2024		Nº Compromiso SIIF 71524		Número de pagos durante la vigencia del contrato 8
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		Prestar los servicios profesionales de carácter temporal con autonomía e independencia, para atender los procesos formativos de los aprendices en las competencias técnicas asociados a la red de conocimiento Gestión Administrativa y servicios financieros en el área temática de servicios financieros de los programas presenciales de acuerdo con lineamientos de la formación profesional		
DATOS PERIODO DEL PAGO				
Del 01/09/2024	Al 30/09/2024	Saldo Anterior del Contrato:		\$ 15.480.400
Número de pago 5		Valor Total del Contrato:		\$ 33.193.550
Valor Bruto Pago:		Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 11.014.900
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios		\$ 4.465.500		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		\$ 4.465.500		Menos, ReteFuente Otros Ingresos \$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 2.395.960		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		Setiembre	Agosto	Base retención en la fuente a título de RENTA 2.395.960,00 TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.786.200	\$ 1.786.200	Base retención en la fuente a título de ICA 3.956.400,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 223.300	\$ 223.300	Valor base IVA 0,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 285.800	\$ 285.800	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 I		\$ 9.400	\$ 9.400	Menos Retencion IVA 0,00 15%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -	\$ -	Reteica - 8299 - BOGOTÁ 38.219,00 0,966%
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		\$ -	\$ -	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		\$ 753.040	\$ -	Otras Retenciones 0,00 0,000%
Renta Exenta 25%		\$ 24.787.566	\$ 798.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 3.160.000	\$ -	
Retención en la Fuente Contingente		\$ -	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00
VALOR A PAGAR \$4.427.281,00				
SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS VEINTISIETE MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y UN PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Oblig 1. Se desarrollo actividades de apoyo en la planeación de los procesos del programa de formación TG en Gestión Bancaria y Entidades Financieras fichas: 2922967-2 (32 aprendices) 41,80 horas, 2996610 (17 aprendices) 18 horas, 2996635 (21 aprendices) 17,90 horas, TL Servicios Comerciales y Financieros 2996536, 2996541, 2996543 (20 aprendices) 31,80 horas, otras actividades 50 horas.				
Oblig 6. Entidades Financieras fichas: 2922967-2 (32 aprendices) 41,80 horas, 2996610 (17 aprendices) 18 horas, 2996635 (21 aprendices) 17,90 horas, TL Servicios Comerciales y Financieros 2996536, 2996541, 2996543 (20 aprendices) 31,80 horas.				
Oblig. 8 Se registro oportunamente los juicios de evaluación de cada uno de los aprendices de los grupos asignados en Sena Sofia: 2922967-2 (32 aprendices) 41,80 horas, 2996610 (17 aprendices) 18 horas, 2996635 (21 aprendices) 17,90 horas, TL Servicios Comerciales y Financieros 2996536, 2996541, 2996543 (20 aprendices) 31,80 horas.				
Oblig. 10 Se realizo seguimiento y control mensual de los aprendices en el aplicativo SenaSofia y reporte a la Coordinación de Gestión				
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 FERNANDA CALDERON GUZMAN 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 periodo 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.				
HECTOR GONZALO ROMERO REY INSTRUCTOR				
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 SORAYA MENDOZA TARAZONA SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)				

DATOS DEL APORTANTE									
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD			
CC	52204915	MARIA FERNANDA CALDERON GUZMAN	Cr 54 A No 56-34 Int C-17 Apto 103	2210825	matcalderon@yahoo.es				
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO				
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ, D.C.	SI			

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLÉADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD					TOTAL A PAGAR	
2024-08	2024-08		18/09/2024	79641544	\$559.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD									
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	223.300	0		0		0	11
								1.900	0
									225.200
									1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Cotización Voluntario Aportante	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	285.800	0	0	0	0	11	2.400	0	288.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	9.400	No. Autorización	Valor	Sistemas	9.400	11	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
CF24	Compensar Caja	860066942-7	35.800	11	300	36.100	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	11	0	0	0
ICBF				
0	11	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	225.200
Pensión	1	285.800	288.200
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	554.300	559.000

DATOS DEL APORTANTE									
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD			
CC	52204915	MARIA FERNANDA CALDERON GUZMAN	Cr 54 A No 56-34 Int C-17 Apto 103	2210825	matfcalderon@yahoo.es				
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO				
UNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI			

DATOS DE LA PLANILLA									
PLANILLA ASOCIADA		FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)		TIPO PLANILLA		FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)		NÚMERO PLANILLA	
PERIODO SALUD		PERIODO PENSIONES						TOTAL A PAGAR	
2024-08		2024-08		I		16/09/2024		79641544	
								\$559.000	

DETALLE POR COTIZANTE																																										
INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSION				SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES												
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Colaborador	Extranjero	ING	RET	TDE	TAE	TDP	IAS	VSF	RS	IDE	LMA	VAC	AAP	RRI	CONSECCION	Cot. AFP	Cotización	Voluntario o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo personal de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cot. EPS	IBC EPS	Cotización/ Valor UPC	Cot. ARL	IBC ARL	Cot. de Riesgo	Cotización CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC para parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBSF	Aporte ESAP	Aporte MEN		
1	CC	52204915	CALDERON GUZMAN MARIA FERNANDA	59	0	N															25-14	1.786.200	289.800	0	0	0	0	EPS008	1.786.200	223.300	14-23	1.786.200	1	9.400	CCF24	1.786.200	35.800	0	0	0	0	0

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR

COMPENSAR EPS

Nit. 860.066942-7

Certifica

El(la) señor(a) MARIA FERNANDA CALDERON GUZMAN identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 52204915, registra como contratante del Plan PC ESPECIAL CON POS con los siguientes afiliados:

Nombre	Identificación	Parent	Estado	Vigencia	Plan	Valor Mensual
SANTIAGO CIENDUA CALDERON	TI - 1034520914	HI	Vigente a la fecha	Desde 01/02/2024 Hasta 31/01/2025	PC ESPECIAL CON POS	\$ 137.655
BLANCA ELSA GUZMAN GONZALEZ	CC - 41494261	OT	Vigente a la fecha	Desde 01/02/2024 Hasta 31/01/2025	PC ESPECIAL CON POS	\$ 287.595
MARIA FERNANDA CALDERON GUZMAN	CC - 52204915	TR	Vigente a la fecha	Desde 01/02/2024 Hasta 31/01/2025	PC ESPECIAL CON POS	\$ 137.655
HENRY HUMBERTO CIENDUA CALDERON	CC - 79600717	CY	Vigente a la fecha	Desde 01/02/2024 Hasta 31/01/2025	PC ESPECIAL CON POS	\$ 137.655
ANDRES FELIPE CIENDUA CALDERON	CC - 1016944911	HI	Vigente a la fecha	Desde 01/02/2024 Hasta 31/01/2025	PC ESPECIAL CON POS	\$ 137.655

Total Mensual Grupo Familiar	\$ 838.215
------------------------------	------------

- Valor Mensual Incluye IVA del 5%

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), en Bogotá a los 18 días del mes de septiembre de 2024.

Observaciones:

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,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: TRANSACCIONES EN LINEA

CER-PAS 13265091