

 <p>FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL NORTE DE SANTANDER</p> <p>SERVICIO NACIONAL CENTRO DE FORMACION PARA EL DESARROLLO RURAL Y MINERO - NORTE DE SANTANDER - SERV DE APRENDIZAJE</p>	Código Regional 54	
	Código Centro 911910	
	Fecha Elaboración 30 de Abril de 2023	
	Versión ENERO 2023 - 1,23	
		ID de Proceso 38507-555341

DATOS DEL CONTRATISTA			
Nombres y apellidos contratista: ANA CRISTINA SANCHEZ NIÑO correo electrónico contratista: acrisanin@hotmail.com		C.C. 60.385.296	IP/N° de contacto 3165324345
Régimen del IVA: NO RESPONSABLE	Pertenece al régimen simple de tributación? NO		Es declarante de renta? NO
Es Pensionado? NO			
Banco al cual consignar: BANCO CAJA SOCIAL	Inducción SST SI	Presta Servicios Excluidos de IVA ? SI	
Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a \$53'206.000: NO	Tipo de cta AHORROS	N° Cuenta 24069940141	
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2023 supera los \$ 169'648.000 (debe cambiarse a responsable IVA)			NO

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO			
N° del contrato: 4546878/2023	N° Compromiso SIIF 26823		
Valor Total del Contrato \$ 20.484.150 Saldo Anterior del Contrato \$ 13.246.417 Nuevo Saldo del Contrato \$ 9.149.587	N ° Pago 3	Periodo objeto de pago Del 01/04/2023 Al 30/04/2023	Valor Bruto Pago \$ 4.096.830,00
		Legalización comisiones del periodo \$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		54_9119-278 PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA PLANEAR Y ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL QUE PROGRAME EL CENTRO DE FORMACIÓN EN LA RED DE CONOCIMIENTO PRODUCCIÓN Y TRANSFORMACIÓN - TECNOLOGÍAS AGRÍCOLAS EN SUS DIFERENTES NIVELES Y MODALIDADES.	
---	--	--	--

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Ingresos por honorarios \$ 4.096.830		Tarifa de Retención en la Fuente ART 383° 0,00%	
Ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ 0		Retención en la Fuente del Periodo \$ 0	
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO \$ 4.096.830		Menos, Retefuente Otros Ingresos \$ 0	
BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE \$ 2.709.398		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO \$ 0	

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR					
	Abril	Marzo			
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		4494548098	Base retención en la fuente a título de RENTA	2.709.398,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC \$ 1.638.732	\$ 1.638.732	\$ 1.638.732	Base retención en la fuente a título de ICA	3.629.730,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud \$ 204.900	\$ 204.900	\$ 204.900	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión \$ 262.200	\$ 262.200	\$ 262.200	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 II \$ 17.200	\$ 17.200	\$ 17.200	Menos Retención IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias \$ 8.835.833	\$ -		Reteica - 8299	0,00	0,000%
\$ 1.024.207				0,00	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC \$ 13.430.466	\$ -			0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$ 13.430.466	\$ -		Estampilla Departamental	81.937,00	2,000%
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 4.241.200	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ -	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ -	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ -	\$ -				
Dependientes hasta \$ 1.357.184	\$ -		Descuentos de Libranza	0,00	
Salud hasta \$ 678.592	\$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Renta Exenta 25% \$ 2.792.123	\$ 903.133				
Retención en la Fuente Contingente \$ -	\$ -		VALOR A PAGAR	\$4.014.893,00	

SON: CUATRO MILLONES CATORCE MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y TRES PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO	
IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL EN LOS SIGUIENTES PROGRAMAS, REGISTRO SOPORTADO EN TIEMPOS DE SOFIA PLUS: COMPLEMENTARIA: FICHA 2724226 HIGIENE Y MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS - BARRIO DIVINA PASTORA- MUNICIPIO DE CÚCUTA - 32 HORAS (37 APRENDICES) FICHA 2741872 HIGIENE Y MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS - AUDITORIO ALCALDIA- MUNICIPIO DE SAN CAYETANO - 48 HORAS (26 APRENDICES) FICHA 2747083 HIGIENE Y MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS - BARRIO ALFONSO LÓPEZ- MUNICIPIO DE CÚCUTA - 40 HORAS (30 APRENDICES) FICHA 2747111 HIGIENE Y MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS - URB. VILLA ESPERANZA- MUNICIPIO DE LOS PATIOS - 40 HORAS (30 APRENDICES) TOTAL, HORAS MES 160 HORAS	

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 VFP, 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 diligenciados.	ANA CRISTINA SANCHEZ NIÑO 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, MARLIN CONSUELO CORZO INSTRUCTOR G15

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

JOSE GIOVANNY VERA JURADO
 SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

TOTAL APORTES A PENSIÓN												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 262.300	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 262.300	\$ 0	\$ 262.300
SUBTOTALES:										\$ 262.300	\$ 0	\$ 262.300

TOTAL APORTES A SALUD																
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 204.900		\$ 0		\$ 0	\$ 204.900	\$ 0	\$ 0
SUBTOTALES:												\$ 204.900	\$ 0	\$ 0		\$ 204.900

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 17.200	\$ 17.200	\$ 0	\$ 0	\$ 17.200
SUBTOTALES:									\$ 17.200	\$ 0	\$ 0	\$ 17.200

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																							
DATOS DEL COTIZANTE														NOVEDADES										SEGURIDAD SOCIAL																		PARAFISCALES													
Nº	IDENTIFICA CIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN				SEGURIDAD SOCIAL				SALUD				ARP			IBC	CCF					SENA	ICBF	ESAP	MINEDU					
																										ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES		TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO					TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE
1	CC 60385296	SANCHEZ NINO ANA CRISTINA	INDEPENDIE NTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		\$ 1.638.800			NO																		25-14 COLPENSI ONES	30		\$ 1.638.800	\$ 262.300	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 262.300	EPS005- SANITAS S.A.	30	\$ 1.638.800	\$ 204.900	\$ 0	\$ 204.900	14-23- POSITIVA COMPAÑI A DE SEGUROS S.A.	30	\$ 1.638.800	\$ 60385296	\$ 17.200		\$ 0		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL	\$ 484.400
--------------	-------------------