

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL SANTANDER		Código Regional 68		
	CENTRO INDUSTRIAL DEL DISEÑO Y LA MANUFACTURA-SANTANDER		Código Centro 922510		
			Fecha Elaboración 17 de Julio de 2023		
			Versión ENERO 2023 - 1,23		
		ID de Proceso 12999-526921			

DATOS DEL CONTRATISTA					
Nombres y apellidos contratista: SONIA MILENA MARTINEZ GOMEZ		C.C. 63.511.756		IP/N° de contacto 3176428436	
Correo electrónico contratista: smmartinez65@misena.edu.co					
Régimen del IVA: NO RESPONSABLE		Pertenece al régimen simple de tributación? NO		Es declarante de renta? NO	
				Es Pensionado? NO	
Banco al cual consignar: BANCOLOMBIA		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 91214340378	
		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: 4706221/2023		N° Compromiso SIIF 30923			
Valor Total del Contrato \$ 27.295.000		N ° Pago 5		Periodo objeto de pago	
Saldo Anterior del Contrato \$ 14.935.000		Del 01/07/2023		Al 31/07/2023	
Nuevo Saldo del Contrato \$ 11.845.000		Legalización comisiones del periodo		Valor Bruto Pago \$ 3.090.000,00	
				Legalización comisiones del periodo \$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		INSTRUCTOR: SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL PARA ORIENTAR FORMACION TITULADA COMPLEMENTARIA Y VIRTUAL SEGUN LOS MODELOS FORMATIVOS ESTABLECIDOS POR EL CIDM SENA REGIONAL SANTANDER PL 265 DIAS VR MES \$3.090.000			
---	--	--	--	--	--

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Ingresos por honorarios \$ 3.090.000		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°		0,00%	
Ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ 0		Retencion en la Fuente del Periodo		\$ 0	
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO \$ 3.090.000		Menos, Retefuente Otros Ingresos		\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 2.048.400		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0	

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR					
		Julio		Junio	
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		68613945		Base retención en la fuente a titulo de RENTA 2.048.400,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC \$ 1.236.000		\$ 1.236.000		Base retención en la fuente a titulo de ICA 3.090.000,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud \$ 154.500		\$ 154.500		Valor base IVA 0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión \$ 197.800		\$ 197.800		IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00	
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional \$ -		\$ 0		Menos Retención en la Fuente 0,00	
ARL \$ 6.500		\$ 6.500		Menos Retencion IVA 0,00	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias \$ 8.835.833		\$ -		Reteica - 8299 18.540,00	
\$ 772.500		\$ -		0,00	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC \$ 13.430.466		\$ -		0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$ 13.430.466		\$ -		0,00	
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 4.241.200		\$ -		0,00	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ -		\$ -		Otras Retenciones 0,00	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ -		\$ -		Otras Retenciones 0,00	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ -		\$ -		Otras Retenciones 0,00	
Dependientes hasta \$ 1.357.184		\$ -		Otras Retenciones 0,00	
Salud hasta \$ 678.592		\$ -		Descuentos de Libranza 0,00	
Renta Exenta 25% \$ 2.792.123		\$ 682.800		Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00	
Retención en la Fuente Contingente \$ -		\$ -		VALOR A PAGAR \$3.071.460,00	

SON: TRES MILLONES SETENTA Y UN MIL CUATROCIENTOS SESENTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO	
se impartio formacion complementaria ficha:2800344DESARROLLO DE PROYECTOS DECORATIVOS Y UTILITARIOS CON MATERIALES RECICLABLES- ficha: 2800383ELABORACION DE SOUVENIR ARTESANAL Lo anterior se encuentra registrado en sofia plus	

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 diligenciados.		SONIA MILENA MARTINEZ GOMEZ 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, YESID MAURICIO FLOREZ GOMEZ CONTRATISTA

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

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	63511756	SONIA MILENA MARTINEZ GOMEZ		carrera 56 85 31	6948498	menena878@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			SANTANDER	FLORIDABLANCA	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2023-06	2023-06	I	15/06/2023	68613945	\$358.800

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	154.500	0		0		0	0	0	0	154.500	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	197.800	0	0	0	0	0	0		197.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	6.500				6.500	0	0	6.500			65	6.500	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	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	154.500	154.500
Pensión	1	197.800	197.800
Riesgos Laborales	1	6.500	6.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	358.800	358.800

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	63511756	SONIA MILENA MARTINEZ GOMEZ		carrera 56 85 31	6948498	menena878@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			SANTANDER	FLORIDABLANCA	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2023-06	2023-06	I	15/06/2023	68613945	\$358.800

DETALLE POR COTIZANTE																																																			
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN								SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES														
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres					Cotizante	Subjeto	Exonerado	Clasificación	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IDE	MA	MA	MA	MA	MA	MA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	63511756	MARTINEZ GOMEZ SONIA MILENA					59	0		N																	25-14	1.236.000	197.800	0	0	0	0	EPS010	1.236.000	154.500	14-23	1.236.000	1	6.500		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA