

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL SANTANDER CENTRO INDUSTRIAL DEL DISEÑO Y LA MANUFACTURA-SANTANDER		Código Regional	68
			Código Centro	922510
			Fecha Elaboración	18 de Agosto de 2023
			Versión	ENERO 2023 - 1,23
			ID de Proceso	83994-122082
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista: MARIA JULIANA GONZALEZ SILVA Correo electrónico contratista: mjgonzalez2002@gmail.com		C.C. 63.513.867	IP/N° de contacto 3016306715	
Régimen del IVA: ☐ NO RESPONSABLE		Pertenece al régimen simple de tributación? ☐ NO		
		Es declarante de renta? ☐ NO		
		Es Pensionado? ☐ NO		
Banco al cual consignar: DAVIVIENDA		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 48842881970		
		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: 4706362/2023		N° Compromiso SIIF 31123		
Valor Total del Contrato \$ 35.483.500		N° Pago 6		Valor Bruto Pago \$ 4.017.000,00
Saldo Anterior del Contrato \$ 15.532.400		Periodo objeto de pago Del 01/08/2023 Al 31/08/2023		
Nuevo Saldo del Contrato \$ 11.515.400		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 \$4.017.000		
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios \$ 4.017.000		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 \$ 4.017.000		Menos, Retefuente Otros Ingresos		\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 2.662.950		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		Agosto	Julio	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC		70192122		
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 1.606.800	\$ 1.606.800	Base retención en la fuente a título de RENTA 4.017.000,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 200.900	\$ 200.900	Base retención en la fuente a título de ICA 0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ 257.100	\$ 257.100	Valor base IVA 0,00
ARL		\$ -	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ 8.400	\$ 8.400	Menos Retención en la Fuente 0,00
\$ 8.835.833		\$ -	\$ -	Menos Retencion IVA 0,00
\$ 1.004.250		\$ -	\$ -	Reteica - 8299 24.102,00
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		\$ -	\$ -	0,00
\$ 13.430.466		\$ -	\$ -	0,00
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		\$ -	\$ -	0,00
\$ 4.241.200		\$ -	\$ -	0,00
Intereses Prestamo de Vivienda		\$ -	\$ -	0,00
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -	\$ -	0,00
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -	\$ -	0,00
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -	\$ -	0,00
Dependientes hasta		\$ 1.357.184	\$ -	0,00
Salud hasta		\$ 678.592	\$ -	0,00
Renta Exenta 25%		\$ 2.792.123	\$ 887.650	0,00
Retención en la Fuente Contingente		\$ -	\$ -	0,00
		VALOR A PAGAR		\$3.992.898,00
SON: TRES MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y OCHO PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ejecución de formación Complementaria para el área de sistemas el mes actual a las fichas: 2807054-2801017-2812691-2812680 Asignar ruta de aprendizaje y registro de juicios evaluativos a las fichas de complementarias asignadas Se crean mecanismos para fortalecer el aprendizaje en la formación profesional integral de los aprendices. Desarrollo de instrumentos de evaluación y guías de aprendizaje para la ejecución				
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.				
		MARIA JULIANA GONZALEZ SILVA 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. El Supervisor,		
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.		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	63513867	MARIA JULIANA GONZALEZ SILVA		CARRERA 42 N 34-48	6952401	m_jul2002@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			SANTANDER	BUCARAMANGA	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						NO

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
2023-08	2023-08	I	17/08/2023	70192122	TOTAL A PAGAR
					\$466.400

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	200.900	0		0		0	0	0	0	200.900	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	257.100	0	0	0	0	0	0		257.100	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	8.400				8.400	0	0	8.400			84	8.400	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	200.900	200.900
Pensión	1	257.100	257.100
Riesgos Laborales	1	8.400	8.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	466.400	466.400

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	63513867	MARIA JULIANA GONZALEZ SILVA		CARRERA 42 N 34-48	6952401	m_juli2002@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			SANTANDER	BUCARAMANGA	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

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
2023-08	2023-08	I	17/08/2023	70192122	\$466.400
					TOTAL A PAGAR

DETALLE POR COTIZANTE																																																					
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN								SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres				Cotizante	Subjeto	Exonerado	Clase exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	MA	MA	MA	AVP	AVP	VCT	IRL	CONEXIÓN	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	63513867	GONZALEZ SILVA MARIA JULIANA				57	0			N																			25-14	1.606.800	257.100	0	0	0	0	EPS005	1.606.800	200.900	14-23	1.606.800	1	8.400		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA