

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL ANTIOQUIA CENTRO DE SERVICIOS DE SALUD - ANTIOQUIA			Código Regional	5
				Código Centro	940110
				Fecha Elaboración	29 de Febrero de 2024
				Versión	ENERO 2024 - 1,24
			ID de Proceso	22838-810419	
DATOS DEL CONTRATISTA					
Nombres y apellidos contratista:		WILLINGTON ARBEY ALVAREZ GARCIA		C.C.	71.191.624
Correo electrónico contratista:		wlvarezg@sena.edu.co		IP/N° de contacto	42252
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 BBVA		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	0729251116
				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:		5798116/2024		N° Compromiso SIIF	13024
Valor Total del Contrato		\$ 47.632.480	N° Pago	Periodo objeto de pago	
Saldo Anterior del Contrato		\$ 46.888.222	2	Del	01/02/2024
Nuevo Saldo del Contrato		\$ 42.422.677		Al	29/02/2024
				Legalización comisiones del periodo	\$ 0,00
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		SERVICIOS PERSONALES - PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA IMPARTIR FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL POR COMPETENCIAS LABORALES A TRAVES DE LA METODOLOGIA POR PROYECTOS DE FORMA VIRTUAL EN LAS COMPETENCIAS QUE CONFORMAN LA ESTRUCTURA CURRICULAR DEL P			
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Ingresos por honorarios		\$ 4.465.545	Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°		0,00%
			Retencion en la Fuente del Periodo		\$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 744.258	Menos, Retefuente Otros Ingresos		\$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO		\$ 5.209.803	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 3.240.602			\$ 0
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR					
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		Febrero	Enero	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.786.218	\$ 1.300.000	Base retención en la fuente a titulo de ICA	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 223.300	\$ 162.500	Valor base IVA	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 285.800	\$ 208.000	IVA (Si es RESPONSABLE)	
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente	
ARL		\$ 9.400	\$ 6.800	Menos Retencion IVA	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ -		Reteica - 8299	
\$ 9.805.208				0,00	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		\$ -		0,00	
\$ 1.302.450				0,00	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		\$ -		0,00	
\$ 14.903.916				0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		\$ -		Jaime Isaza Cadavid	
Intereses Prestamo de Vivienda		\$ -		Otras Retenciones	
\$ 4.706.500				Otras Retenciones	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 162.500		Otras Retenciones	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 208.000		Otras Retenciones	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 6.800		Otras Retenciones	
Dependientes hasta		\$ 1.506.080		Descuentos de Libranza	
Salud hasta		\$ 753.040		Descuentos de embargo (Si tiene)	
Renta Exenta 25%		\$ 3.098.445	\$ 1.080.201	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		\$ -		0,00	
				VALOR A PAGAR	
				\$4.447.683,00	
SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y TRES PESOS M/CTE					
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Ver anexo informes de actividades correspondiente mes de febrero que se encuentra en el proceso registrado en SECOP II vigencia 2024					
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.				WILLINGTON ARBEY ALVAREZ GARCIA EL CONTRATISTA	
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO					
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui 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 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.				GIOVANNY CONTRERAS ALVAREZ 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 NORA LUZ SALAZAR MARULANDA SUBDIRECTOR DE CENTRO G02					

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	71191624	NÚMERO PLANILLA:	4540090721	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:		WILLINGTON ARBEY ALVAREZ GARCIA		PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	
CIUDAD/MUNICIPIO:	PUERTO BERRIO	DEPARTAMENTO:	ANTIOQUIA	DÍAS DE MORA:	2024		2024
DIRECCIÓN:	CRA 5 19 - 210 B.PUEBLO NUEVO	TELÉFONO:	8331839	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/02/16	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9997729239
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE				
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act				
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO						
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO				