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)**

**REGIONAL DISTRITO CAPITAL**

**CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD- BTÁ D.C.**

**Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1**

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **11** |
| **Código Centro** | **940310** |
| **Fecha Elaboración** | **Mayo de 2024** |
| **Versión** | **MARZO 2024 - 2,24** |
| **ID de Proceso** | **76381-975467** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos:** | MARICELA HERRERA DEVIA | **Banco a consignar:** | DAVIVIENDA |
| **Cédula de Ciudadanía** | 52.466.931 | **Tipo de cuenta:** | AHORROS |
| **Correo electrónico:** | mherrera@sena.edu.co | **Número de Cuenta:** | 055000550020874 8 |
| **IP/Nº de contacto:** | 3208106486 | **Presta Servicios Excluidos de IVA:** | NO |
| **Inducción SST:** | SI | **Pertenece al régimen simple de tributación:** | NO |
| **Régimen del IVA:** | NO RESPONSABLE | **Es declarante de renta por el año gravable 2023** | NO |

| | |
|---|---|
| **¿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** | SI |
| **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:** | 5862456/2024 | **Nº Compromiso SIIF** | **14824** | **Número de pagos durante la vigencia del contrato** | 11 |

| | |
|---|---|
| **OBJETO CONTRACTUAL:** (Descripciòn del servicio prestado) | INSTRUCTOR:PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL PROGRAMADA POR EL CENTRO DE FORMACIÓN DE TALENTO HUMANO EN SALUD EN LA RED DE CONOCIMIENTO SALUD EN LAS ÁREAS TEMÁTICAS DE SALUD PÚBLICA, APOYO |

## DATOS PERIODO DEL PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Del** | **01/05/2024 Al 31/05/2024** | **Saldo Anterior del Contrato:** | $ 26.023.275 |
| **Número de pago** | **4** | **Valor Total del Contrato:** | $ 37.357.857 |
| **Valor Bruto Pago:** | **$ 3.701.088,00** | **Nuevo Saldo del Contrato:** | $ 22.322.187 |

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 3.701.088 | 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** | **$ 3.701.088** | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 2.431.988** | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

## LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR

| | | Mayo | Abril | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | | ---------- | **9467059938** | Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 2.431.988,00 | TARIFA |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | | $ 1.480.435 | $ 1.665.490 | Base retención en la fuente a titulo de ICA | 3.279.088,00 | |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | | $ 185.100 | $ 208.200 | Valor base IVA | 0,00 | |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | | $ 236.900 | $ 266.500 | 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 | III | $ 36.100 | $ 40.600 | Menos Retencion IVA | 0,00 | 15% |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes | | $ - | | Reteica - 8299 - BOGOTÁ | 31.676,00 | 0,966% |
| Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes | | $ - | | - | 0,00 | 0% |
| Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes | | $ - | | - | 0,00 | 0% |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias | | $ - | | - | 0,00 | 0% |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC | | $ - | | - | 0,00 | 0% |
| 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 | $ - | | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Renta Exenta 25% | $ 34.082.904 | $ 811.000 | | | 0,00 | |
| Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. | $ 2.482.402 | | | | | |
| | | | | Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| Retención en la Fuente Contingente | | $ | | **VALOR A PAGAR** | **$3.669.412,00** | |

**SON: TRES MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL CUATROCIENTOS DOCE PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

cuidados de enfermeria relacionados en servicio quirurgicos ñpre y pos

**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

**MARICELA HERRERA DEVIA**
**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,

**EDINSON ELJADUE CASTILLA**
**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**
**CARLOS ARTURO SALGAR RAMÍREZ**
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02**

28/05/24 07:33:42 USUARIO: SIC - C.C. 52466931

aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 52466931 | | HERRERA DEVIA MARICELA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | Cll 4 sur # 19 A 38 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 7777777 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-04 | 2024-04 | 636970510 | 9467059938 | I | 2024/05/09 | 2024/05/14 | BANCO DAVIVIENDA | 5 | $517,500 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | | Nombres | | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte |
| **Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | | | $1,665,490 | $266,500 | | | $1,665,490 | $208,200 | | | $0 | $0 | | | $1,665,490 | $40,600 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | | | $1,665,490 | $266,500 | | | $1,665,490 | $208,200 | | | $0 | $0 | | | $1,665,490 | $40,600 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) | | | | | | | $1,665,490 | $266,500 | | | $1,665,490 | $208,200 | | | $0 | $0 | | | $1,665,490 | $40,600 | | $0 | $0 |
| 1 | CC | 52466931 | HERRERA MARICELA | | 25-14 | 30 | $1,665,490 | $266,500 | EPS005 | 30 | $1,665,490 | $208,200 | | 0 | $0 | $0 | 14-11 | 30 | $1,665,490 | $40,600 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | | | **Afiliados( 1)** | | | | $1,665,490 | $266,500 | | | $1,665,490 | $208,200 | | | $0 | $0 | | | $1,665,490 | $40,600 | | $0 | $0 |

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 52466931 | | HERRERA DEVIA MARICELA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | Cll 4 sur # 19 A 38 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 7777777 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-04 | 2024-04 | 636970510 | 9467059938 | I | 2024/05/09 | 2024/05/14 | BANCO DAVIVIENDA | 5 | $517,500 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $266,500 | $1,100 | $0 | $267,600 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 1 | $266,500 | $1,100 | $0 | $267,600 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $40,600 | $200 | $0 | $40,800 |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 1 | $40,600 | $200 | $0 | $40,800 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $208,200 | $900 | $0 | $209,100 |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 1 | $208,200 | $900 | $0 | $209,100 |
| TOTAL | | | | 1 | $515,300 | $2,200 | $0 | $517,500 |