

<div><div>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</div></div>	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	Agosto de 2024		
			Versión	MARZO 2024 - 2,24		
			ID de Proceso	86074-592859		
DATOS DEL CONTRATISTA						
Nombres y apellidos: MARCELA RIAÑO BARRETO			Banco a consignar:		AV VILLAS	
Cédula de Ciudadanía 1.012.346.393			Tipo de cuenta:		AHORROS	
Correo electrónico: mriano39@misena.edu.co			Número de Cuenta:		042787239	
IP/N° de contacto: 15950			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		SI	
¿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						
N° del contrato: 5862079/2024		N° Compromiso SIIF 14724		Número de pagos durante la vigencia del contrato		11
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción 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	01/08/2024	Al	31/08/2024	Saldo Anterior del Contrato:		\$ 15.613.965
Número de pago	7			Valor Total del Contrato:		\$ 37.357.857
Valor Bruto Pago:	\$ 3.469.770,00			Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 12.144.195
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO						
Ingresos por honorarios \$ 3.469.770			Retención en la fuente a practicar Artículo 383 rentas		0,37%	
Ingresos por comisiones \$ 0			Retencion en la Fuente del Periodo		\$ 16.979	
Ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ 3.469.770						
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO \$ 6.939.540			Menos, Retefuente Otros Ingresos		\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 4.560.540			TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 16.979	
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR						
			Agosto	Julio	Base retención en la fuente a titulo de RENTA 4.560.540,00 TARIFA	
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS			-----	79672540	Base retención en la fuente a titulo de ICA 3.074.170,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC			\$ 1.387.908	\$ 1.387.908	Valor base IVA 0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud			\$ 173.500	\$ 173.500	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00 19%	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión			\$ 222.100	\$ 222.100	Menos Retención en la Fuente 16.979,00 0,37%	
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional			\$ -	\$ 0	Menos Retencion IVA 0,00 15%	
ARL III			\$ 33.900	\$ 33.900	Reteica - 8299 - BOGOTÁ 29.696,00 0,966%	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes			\$ 222.100		- 0,00 0%	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes			\$ 173.500		- 0,00 0%	
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes			\$ 33.900		- 0,00 0%	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias			\$ -		- 0,00 0%	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC			\$ -		Otras Retenciones 0,00 0,000%	
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			\$ 1.520.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. \$ 4.762.000					Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00	
Retención en la Fuente Contingente \$					VALOR A PAGAR \$3.423.095,00	
SON: TRES MILLONES CUATROCIENTOS VEINTITRES MIL NOVENTA Y CINCO PESOS M/CTE						
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO						
APOYAR LOS PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO INDIVIDUAL DE ACUERDO CON DELEGACIÓN, PROTOCOLOS Y TECNOLOGÍA REQUERIDA						
Asistir actividades de la vida diaria según protocolos de salud y política de humanización.						
ASISTIR PACIENTES QUIRÚRGICOS DE ACUERDO CON GUÍAS DE MANEJO Y NORMATIVA DE SALUD						
ASISTIR PERSONAS SEGÚN LA ETAPA DEL CICLO VITAL Y GUÍAS DE MANEJO DE SALUD						
ASISTIR A PRACTICA CLINICA EN EL SERVICIO DE QUIRURGICAS EN EL HOSPITAL DE KENNEDY						
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						
					MARCELA RIAÑO BARRETO 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 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.					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						

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-07	2024-07	I	26/08/2024	79672540	\$439.000	

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	173.500	0		0		0	3	400	0	173.900	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	222.100	0	0	0	0	3	500	0	222.600	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	33.900				33.900	3	100	34.000			339	34.000	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	8.400	3	100	8.500	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	3	0	0	0
ICBF				
0	3	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	173.500	173.900
Pensión	1	222.100	222.600
Riesgos Laborales	1	33.900	34.000
CCF	1	8.400	8.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	437.900	439.000

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1012346393	MARCELA RIAÑO BARRETO		Calle 51 B sur N 88C-46	3143616561	marcela.riano.barreto@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						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
2024-07	2024-07	I	26/08/2024	79672540	\$439.000

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	IOE	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	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	1012346393	RIAÑO BARRETO MARCELA	59	0		N																			230201	1.387.908	222.100	0	0	0	0	EPS005	1.387.908	173.500	14-11	1.387.908	3	33.900	CCF24	1.387.908	8.400	0	0	0	0	0

PAGADA