

 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)		Código Regional	11
	REGIONAL DISTRITO CAPITAL		Código Centro	940310
	CENTRO DE FORMACION DE TALENTO HUMANO EN SALUD- BTÁ D.C.		Fecha Elaboración	Octubre de 2024
	Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Versión	MARZO 2024 - 2,24
		ID de Proceso	24868-401508	
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos: MARIA BERENICE CHON RODRIGUEZ		Banco a consignar: DAVIVIENDA		
Cédula de Ciudadanía 51.693.663		Tipo de cuenta: AHORROS		
Correo electrónico: mbchon@sena.edu.co		Número de Cuenta: 0570473870006086		
IP/Nº de contacto: 3103418415		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? SI				
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: 5862239/2024		Nº Compromiso SIIF 14524		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 01/10/2024 Al 31/10/2024		Saldo Anterior del Contrato: \$ 9.368.379		
Número de pago 9		Valor Total del Contrato: \$ 37.357.857		
Valor Bruto Pago: \$ 4.163.724,00		Nuevo Saldo del Contrato: \$ 5.204.655		
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios \$ 4.163.724		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 \$ 4.163.724		Menos, ReteFuente Otros Ingresos \$ 0		
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 2.935.924		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO \$ 0		
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		Octubre	Setiembre	Base retención en la fuente a título de RENTA 2.935.924,00
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.665.490	\$ 1.300.000	Base retención en la fuente a título de ICA 3.955.524,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 208.200	\$ 162.500	Valor base IVA 0,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 0	\$ 0	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		\$ 40.600	\$ 31.700	Menos Retencion IVA 0,00 15%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -		Reteica - 8299 - BOGOTÁ 38.210,00 0,966%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -		
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -		
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ -		
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		\$ 979.000		
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. \$ 7.195.327				Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00
Retención en la Fuente Contingente \$				VALOR A PAGAR \$4.125.514,00
SON: CUATRO MILLONES CIENTO VEINTICINCO MIL QUINIENTOS CATORCE PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Orientar formación presencial práctica de quirúrgicas HUISJ				
Apoyar a los Aprendices en prácticas hospitalarias, Hospital Universitario San José Infantil				
Orientar aprendices en registros de enfermería en servicio de Urgencias HUISJ				
Orientar la Intervención y cuidados de enfermería a pacientes en urgencias HUISJ				
Orientar la intervención, valoración de triage y traslado y atención en urgencias para su intervención HUISJ				
Orientar la intervención, del paciente que consulta por urgencias al HUISJ				
Orientar y acompañar al aprendiz el la atención del paciente por urgencias, e iniciar su manejo HUISJ				
Orientar al aprendiz en los procedimientos al paciente en urgencias HUISJ				
Asistir a las reuniones convocadas por el supervisor de contratos				
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				
MARÍA BERENICE CHON RODRIGUEZ 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 JAIRO ENRIQUE RIZO MEJIA SUBDIRECTOR DE CENTRO G02				

La empresa **MARIA BERENICE CHON RODRIGUEZ**, identificada con **CC** número **51693663**, aportó por **MARIA BERENICE CHON RODRIGUEZ** identificado(a) con **CC** número **51693663** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, el periodo de pensión de 09 - 2024 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	I	N	R	E	T	A	D	P	T	A	S	P	V	S	T	L	I	G	M	A	C	V	A	V	C	T	I	R	P	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	59																										0		30	\$1,300,000	0.12500	\$162,500	\$0	\$0	Septiembre - 2024	80945428	15/10/2024	NO			
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	59																										0		30	\$1,300,000	0.02436	\$31,700	\$0	\$0	Septiembre - 2024	80945428	15/10/2024	NO			

PAGADA

VICEPRESIDENCIA COMERCIAL Y DE SERVICIO AL CIUDADANO**Trámite de Notificación:** 2020_5594257**PUNTO COLPENSIONES:** OFICINA SECCIONAL A CHAPINERO (ANTIGUA CALLE 71)**SUBTRÁMITE(S) RECONOCIMIENTO:** 2020_4359251**OTROS SUBTRÁMITES:****TIPO DOCUMENTO CAUSANTE:** CC**NÚMERO DOCUMENTO CAUSANTE:** 51693663**NOMBRE CAUSANTE:** MARIA BERENICE CHON RODRIGUEZ

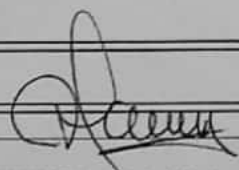
En BOGOTÁ - BOGOTÁ D.C el 9 de junio de 2020

Se presentó MARIA BERENICE CHON RODRIGUEZ, identificado con CC 51693663 en calidad de Afiliado. Con el fin de notificarse de la resolución N° SUB 95915 del 22 de abril de 2020, mediante la cual se reconoce y ordena el pago de una pensión mensual vitalicia de VEJEZ.

Enterado de su contenido, se informa que contra la presente Si procede el (los) recurso(s) de Reposición y/o en subsidio de apelación, los cuales en determinado caso deben ser interpuestos ante Colpensiones, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la notificación en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 76 de la ley 1437 del 2011.

Para constancia de lo anterior, se suscribe por las personas que intervinieron en la diligencia y se hace entrega de la copia íntegra, auténtica y gratuita del acto administrativo.

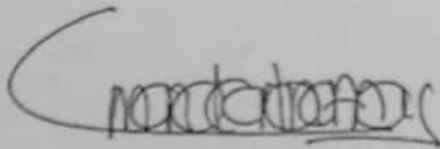
En el evento que el reconocimiento de la prestación corresponda al cumplimiento de una orden judicial en la que hubiera condenado a la administradora del régimen de prima media al pago y/o reconocimiento de una prestación económica, declaro bajo juramento que SI ☐ NO ☐ NO APLICA ☐ he iniciado proceso ejecutivo para hacer efectivo el cumplimiento de dicha orden y/o que no he recibido pago alguno por este concepto so pena de incurrir en el delito de fraude procesal tipificado en el artículo 453 del código penal. Así mismo declaro bajo gravedad de juramento. So pena de incurrir en conducta tipificada en el artículo 442 del código penal Colombiano modificada por el artículo 8 de la ley 890 de 2004 "falso testimonio". El que en actuación judicial o Administrativa, bajo la gravedad de juramento ante autoridad competente, falte a la verdad o calle total o parcialmente, incurrirá en prisión de cuatro a ocho años, que NO he solicitado, ni devengo pensión alguna que provenga del erario público que contravenga con el artículo 128 de Constitución Política Colombiana. Igualmente, no devengo pensión del sector público o privado de carácter compartida conforme al decreto 758 de 1990.

OBSERVACIONES _____**FIRMA:** _____**NOMBRE NOTIFICADO:** MARIA CHON RODRIGUEZ
CC 51693663**FIRMA:** **NOMBRE NOTIFICADOR:** Ana Elizabeth Martinez Rodriguez
CC 36950683

SUB 95915
22 ABR 2020

Dada en Bogotá, D.C. a:

COMUNIQUESE, NOTIFIQUESE Y CÚMPLASE



INGRID CAROLINA ARIZA CRISTANCHO
SUBDIRECTORA DE DETERMINACION III
COLPENSIONES

LIQUIDADOR
ANALISTA COLPENSIONES

PEDRO PABLO BAEZ SANCHEZ

Claudia Imelda Mayorga Castellanos

COL-VEJ-03-501.1