

<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)		Código Regional		18
			Código Centro		951610
			Fecha Elaboración		Noviembre de 2024
			Versión		MARZO 2024 - 2,24
			ID de Proceso		27066-091673
REGIONAL CAQUETÁ					
CENTRO TECNOLÓGICO DE LA AMAZONÍA-CAQUETÁ					
Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1					
DATOS DEL CONTRATISTA					
Nombres y apellidos:			LEIDI MILENA SANTAMARIA PEREZ		
Cédula de Ciudadanía			28.555.809		
Correo electrónico:			leidimilena_santamaria@hotmail.com		
IP/N° de contacto:			4362751		
Inducción SST:			SI		
Régimen del IVA:			NO RESPONSABLE		
Banco a consignar:			BANCOLOMBIA		
Tipo de cuenta:			AHORROS		
Número de Cuenta:			46689130054		
Presta Servicios Excluidos de IVA:					SI
Pertenece al régimen simple de tributación:					NO
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:		6850727/2024	N° Compromiso SIIF		181924
			Número de pagos durante la vigencia del contrato		3
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		Prestar los servicios profesionales de carácter temporal, en actividades de Instructor del área de Asistencia Administrativa, impartiendo Formación Profesional Integral, la administración educativa y el seguimiento en la etapa productiva; en las diferentes áreas del conocimiento de la formación Titulada Presencial, y Complementaria y a Distancia en los programas regular que imparte el			
DATOS PERIODO DEL PAGO					
Del		01/11/2024	Al		30/11/2024
Número de pago		2	Saldo Anterior del Contrato:		\$ 7.422.473
Valor Bruto Pago:		\$ 5.178.470,00		Valor Total del Contrato:	\$ 12.600.943
				Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 2.244.003
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Ingresos por honorarios		\$ 5.178.470		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		\$ 5.178.470		Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 3.044.223		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR					
		Noviembre	Octubre	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----	4577212507	Base retención en la fuente a titulo de ICA	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 2.071.388	\$ 2.071.388	Valor base IVA	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 259.000	\$ 259.000	IVA (Si es RESPONSABLE)	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 331.500	\$ 331.500	Menos Retención en la Fuente	
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -	\$ 0	Menos Retencion IVA	
ARL		\$ 10.900	\$ 10.900	Reteica - 8299 - FLORENCIA	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -		0,00 0%	
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		\$ -		Otras Retenciones	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		\$ -		Otras Retenciones	
Intereses Prestamo de Vivienda		\$ -		Otras Retenciones	
Dependientes hasta		\$ 517.847		Otras Retenciones	
Salud hasta		\$ 753.040	\$ -	Otras Retenciones	
Renta Exenta 25%		\$ 9.295.337	\$ 1.015.000	0,00 0,000%	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 1.015.000		0,00 0,000%	
Retención en la Fuente Contingente		\$		0,00 0,000%	
				Descuentos de embargo (Si tiene)	
				VALOR A PAGAR	
				\$5.150.942,00	
SON: CINCO MILLONES CIENTO CINCUENTA MIL NOVECIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS M/CTE					
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Impartí formación profesional integral en las fichas: 2873478,en el municipio de Florencia					
Presenté dentro de las fechas establecidas por la Coordinación académica los informes y formatos necesarios establecidos en la plataforma					
Municipio donde presto los servicios: Florencia					
Anexo informe mensual de actividades del mes de Noviembre 2024					
Recursos Nación					
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				<div>Leidi M. Santamaria</div> <div>LEIDI MILENA SANTAMARIA PEREZ</div> <div>EL CONTRATISTA</div>	
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO					
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:				Autorizo el presente pago.	
1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;				El Supervisor,	
2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del periodo de cobro;				<div></div>	
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.				ALBA LUZ MENDEZ ROJAS	
				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					
LUIS ANGEL LOZADA OLAYA					
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02					



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL



DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA									
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	28555809	NÚMERO PLANILLA:	4577212507		TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES			
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			LEIDI MILENA SANTAMARIA PEREZ	PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	octubre	AÑO	2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	octubre	AÑO	2024
CIUDAD/MUNICIPIO:	FLORENCIA	DEPARTAMENTO:	CAQUETA	DÍAS DE MORA:				13					
DIRECCIÓN:	CLE 33E N 7A-61 LA PAZ	TELÉFONO:	1111111	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2024/11/19	NÚMERO AUTORIZACIÓN:					9990740988
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										

TOTAL APORTES A PENSIÓN												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 331.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 3.100	\$ 0	\$ 331.500	\$ 3.100	\$ 334.600
SUBTOTALES:										\$ 331.500	\$ 3.100	\$ 334.600

TOTAL APORTES A SALUD																	
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES				
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO	
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 259.000	\$ 0	\$ 2.400	\$ 0	\$ 259.000	\$ 2.400	\$ 0	\$ 261.400	
SUBTOTALES:									\$ 259.000		\$ 2.400		\$ 259.000	\$ 2.400	\$ 0	\$ 261.400	

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 10.900	\$ 10.900	\$ 200	\$ 0	\$ 11.100
SUBTOTALES:									\$ 10.900	\$ 200	\$ 0	\$ 11.100

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																					
DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES													SEGURIDAD SOCIAL															PARAFISCALES																
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN								SALUD							ARP			DÍAS COT	IBC	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU			
																									ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT			IBC	CENTRO DE TRABAJO					TOTAL APORTE	ADMIN	TOTAL APORTE
1	CC 28555809	SANTAMARIA PEREZ LEIDI MILENA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		\$ 2.071.388			NO																	25-14 COLPENSIONES	30	2.071.388	\$ 331.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 331.500	EPS005-SANITAS S.A.	30	2.071.388	\$ 259.000	\$ 0	\$ 259.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	2.071.388	\$ 28555809	\$ 10.900		\$ 0		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL \$ 607.100