



| | | | | |
|--|--|---|--------------------------|---|
|  SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE | FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES DIRECCIÓN GENERAL DIRECCIÓN DE FORMACIÓN PROFESIONAL | | Código Regional | 1 |
| | | | Código Centro | 101001 |
| | | | Fecha Elaboración | Julio de 2023 |
| | | | Versión | ENERO 2023 - 1,23 |
| | | | ID de Proceso | 08173-074381 |
| DATOS DEL CONTRATISTA | | | | |
| Nombres y apellidos contratista: DIBIER MARIN PEÑA Correo electrónico contratista: dmarinp@sena.edu.co | | C.C. 1.022.962.084 IP/N° de contacto 3204141003 | | |
| Régimen del IVA: <input type="checkbox"/> NO RESPONSABLE <input checked="" type="checkbox"/> Pertenece al régimen simple de tributación? <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> Es declarante de renta? <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> Es Pensionado? <input type="checkbox"/> NO | | | | |
| Banco al cual consignar: DAVIVIENDA Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a \$53'206.000: <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | | Inducción SST <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> Presta Servicios Excluidos de IVA ? <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| | | Tipo de cta AHORROS N° Cuenta 0550488428250382 | | |
| | | Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2023 supera los \$ 169'648.000 (debe cambiarse a responsable IVA) <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO | | | | |
| N° del contrato: 4621559/2023 | | N° Compromiso SIIF 127323 | | |
| Valor Total del Contrato \$ 31.500.000 Saldo Anterior del Contrato \$ 22.500.000 Nuevo Saldo del Contrato \$ 19.500.000 | | N ° Pago 4 Periodo objeto de pago Del 01/05/2023 Al 31/05/2023 Legalización comisiones del periodo \$ 0,00 | | Valor Bruto Pago \$ 3.000.000,00 |
| OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado) | | SERVICIOS PERSONALES: 9-2023-007605 PARA APOYAR EN EL DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN DE HERRAMIENTAS TECNOLÓGICAS QUE FACILITEN LA RECOLECCIÓN, ACTUALIZACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LAS BASES DE DATOS Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN QUE SE GESTIONAN EN LA DIRECCIÓN | | |
| RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO | | | | |
| Ingresos por honorarios \$ 3.000.000 Ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ 3.000.000 TOTAL INGRESOS DEL PERIODO \$ 6.000.000 BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE \$ 3.982.275 | | Tarifa de Retención en la Fuente ART 383° 0,00% Retención en la Fuente del Periodo \$ 0 Menos, Retefuente Otros Ingresos \$ 0 TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO \$ 0 | | |
| LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR | | | | |
| | | Mayo 67422093 | | Abril 67422093 |
| N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS | | Base retención en la fuente a título de RENTA 3.982.275,00 Base retención en la fuente a título de ICA 2.658.000,00 Valor base IVA 0,00 IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00 19% Menos Retención en la Fuente 0,00 0,00% Menos Retención IVA 0,00 15% Reteica - 8299 25.676,00 0,966% Otras Retenciones 0,00 0,000% Otras Retenciones 0,00 0,000% Otras Retenciones 0,00 0,000% Otras Retenciones 0,00 0,000% Descuentos de Libranza 0,00 Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00 VALOR A PAGAR \$2.974.324,00 | | TARIFA |
| Ingreso Base de Cotización - IBC \$ 1.200.000 Aporte obligatorio a seguridad social salud \$ 150.000 Aporte obligatorio a seguridad social Pensión \$ 192.000 Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional \$ - ARL \$ 6.300 Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias \$ 8.835.833 \$ 1.500.000 Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC \$ 13.430.466 Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$ 13.430.466 Intereses Prestamo de Vivienda \$ 4.241.200 Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ 192.000 Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ 150.000 Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ 6.300 Dependientes hasta \$ 1.357.184 Salud hasta \$ 678.592 Renta Exenta 25% \$ 2.792.123 Retención en la Fuente Contingente \$ - | | Mayo 67422093 | | Abril 67422093 |
| SON: DOS MILLONES NOVECIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS VEINTICUATRO PESOS M/CTE | | | | |
| ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO | | | | |
| 1. Apoyar en el desarrollo de aplicaciones tecnológicas que faciliten la actualización y consulta de la información generada (3 des) 4. Asistir en la estructuración de manuales de usuario y administración de los aplicativos desarrollados y transferencia (3 reu) 7. Responder oportunamente los requerimientos que realice el supervisor del contrato. (2 reu) | | | | |
| 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. | | | | |
| | |  DIBIER MARIN PEÑA 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 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. | | EDGAR ADRIAN ZAMBRANO TAMAYO PROFESIONAL G08 | | |
| 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 CLAUDIA PATRICIA FORERO LONDOÑO DIRECTOR DIRECCIÓN DE FORMACIÓN PROFESIONAL | | | | |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|---------------|-----|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2023-04 | 2023-04 | I | 02/05/2023 | 67422093 | \$348.300 | |

| 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 | | | | | |
| EPS002 | Salud Total EPS | 800130907-4 | 150.000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 150.000 | 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 | 192.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 192.000 | 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 | | | | | | | | | | |
| 14-23 | Positiva Seguros | 860011153-6 | 6.300 | | | | 6.300 | 0 | 0 | 6.300 | | | 63 | 6.300 | 1 |

| TOTALES CAJAS | | | | | | | | |
|---------------|--------|-----|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|--|
| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados | |

| TOTALES POR SUBSISTEMA | | | |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|---------------|
| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
| Salud | 1 | 150.000 | 150.000 |
| Pensión | 1 | 192.000 | 192.000 |
| Riesgos Laborales | 1 | 6.300 | 6.300 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 348.300 | 348.300 |

| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---------------------|-------------------|-------------------|--------|-------------------------|--------------------|--------------------------|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO |
| CC | 1022962084 | DIBIER MARIN PEÑA | | cra7 B Este #90D-33 sur | 6013785235 | dibier.marin.p@gmail.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 |
| 2023-04 | 2023-04 | I | 02/05/2023 | 67422093 | \$348.300 |

| DETALLE POR COTIZANTE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|------|-----------------------|---------------------|-----------|---------|-----------|-----------|-----|-----|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------|----|----|----|----|----|----|-------|--------|-----------|-------------------|------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|--------------|---------|------------------------|-----------|---------|-----------------|------------|------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | | | | | | | | | | | |
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subjeto | Exonerado | Exonerado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VBP | VBT | SLN | IDE | MA | MA | MA | MA | MA | MA | MA | MA | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntari o Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | 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 | 1022962084 | MARIN PEÑA DIBIER | 59 | 0 | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 1.200.000 | 192.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS002 | 1.200.000 | 150.000 | 14-23 | 1.200.000 | 1 | 6.300 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA