

<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 MAGDALENA CENTRO DE LOGISTICA Y PROMOCION ECOTURI Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Código Regional		47	
			Código Centro		952910	
			Fecha Elaboración		Marzo de 2024	
			Versión		MARZO 2024 - 2,24	
			ID de Proceso		56769-887810	
DATOS DEL CONTRATISTA						
Nombres y apellidos:		PAOLA FABIOLA PEREZ MENDEZ		Banco a consignar:		BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía		57.273.517		Tipo de cuenta:		AHORROS
Correo electrónico:		pperezm@sena.edu.co		Número de Cuenta:		91682414893
IP/N° de contacto:		3005532506		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:		5763049/2024		N° Compromiso SIIF		4424
				Número de pagos durante la vigencia del contrato		12
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		Prestar servicios personales de carácter temporal para impartir formación profesional programada por el Centro de Logística y Promoción Ecoturística Regional Magdalena en los Programas de Formación Titulada, Titulada Virtual, Complementaria y/o Complementaria Virtual en el área de GESTION CONTABLE Y DE INFORMACION FINANCIERA				
DATOS PERIODO DEL PAGO						
Del		01/03/2024		Al		31/03/2024
Número de pago		3		Saldo Anterior del Contrato:		\$ 42.273.826
Valor Bruto Pago:		\$ 4.465.545,00		Valor Total del Contrato:		\$ 48.079.035
				Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 37.808.281
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO						
Ingresos por honorarios		\$ 4.465.545		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		\$ 4.465.545		Menos, Retefuente Otros Ingresos		\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 2.368.227		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR						
		Marzo		Febrero		Base retención en la fuente a titulo de RENTA
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----		7915939494		2.368.227,00
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.786.218		\$ 1.786.218		Base retención en la fuente a titulo de ICA
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 223.300		\$ 223.300		3.956.445,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 285.800		\$ 285.800		Valor base IVA
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -		\$ 0		0,00
ARL		\$ 9.400		\$ 9.400		IVA (Si es RESPONSABLE)
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -				0,00
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -				19%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -				Menos Retención en la Fuente
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ -				0,00
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		\$ -				15%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		\$ -				Menos Retencion IVA
Intereses Prestamo de Vivienda		\$ 1.550.127				27.695,00
Dependientes hasta		\$ 446.555				0,00
Salud hasta		\$ 753.040				0%
Renta Exenta 25%		\$ 37.181.350				0,00
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 696.390				0,00
Retención en la Fuente Contingente		\$ -				0,00
						0%
						0%
						0%
						0%
						0%
						Pro-Hospital
						89.311,00
						2,000%
						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 embargo (Si tiene)
						0,00
						VALOR A PAGAR
						\$4.348.539,00
SON: CUATRO MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS TREINTA Y NUEVE PESOS M/CTE						
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO						
Se ejecutaron Actividades de Formación correspondiente al programa de formación tecnólogo en gestión contable y de información financiera ficha 2603304						
Se ejecutaron Actividades de Formación transversal correspondiente al programa de formación tecnólogo en gestión administrativa del sector salud ficha 2604904						
Ejecución y desarrollo de la planeación pedagógica, a través de la aplicación de las guías de aprendizaje. Utilizando las diferentes plataformas virtuales (Territorium, Tems, Educaplay, Youtube, entre otros)						
Seguimiento de aprendiz del programa técnico en contabilización de operaciones comerciales y financieras						
Registro de inasistencias en el portal Sofía Plus						
Uso de la Biblioteca Virtual Sena, aplicativo Sofia Plus y plataforma Territorium.						
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						
PAOLA FABIOLA PEREZ MENDEZ 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,						
CARLOS ALFONSO MARTINEZ FLOREZ 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 JULIO RAFAEL DE JESUS DEL CASTILLO LOZANO SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)						

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	57273517
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	PAOLA FABIOLA PEREZ MENDEZ	
CIUDAD/MUNICIPIO:	SANTA MARTA DEPARTAMENTO:	MAGDALENA
DIRECCIÓN:	MZ 97 CASA 7 CIUDADELA TELÉFONO:	4316131
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de contabilidad,
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	7915939494	TIPO DE PLANILLA:
PERIODO COTIZACIÓN	MES: febrero	PERIODO COTIZACIÓN
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2024	AÑO: 2024
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/02/26	NÚMERO AUTORIZACIÓN:
		475311771

NOVEDADES																	
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	
							X										

LIQUIDACIÓN GENERAL						
					TOTALES	
					COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN						
		ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES			1	\$ 285.800
SUBTOTAL:					1	\$ 285.800
SALUD						
		ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.			1	\$ 223.300
SUBTOTAL:					1	\$ 223.300
RIESGOS PROFESIONALES						
		ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.			1	\$ 9.400
SUBTOTAL:					1	\$ 9.400

VALOR SIN MORA:	\$ 518.500
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 518.500