

<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 ACUICOLA Y AGROINDUSTRIAL GAIRA MAGDALENA F.P. Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Código Regional		47
			Código Centro		911810
			Fecha Elaboración		Abril de 2024
			Versión		MARZO 2024 - 2,24
			ID de Proceso		90068-392219
DATOS DEL CONTRATISTA					
Nombres y apellidos: LILIANA MERCEDES RADA JUVINAO			Banco a consignar: BANCOLOMBIA		
Cédula de Ciudadanía 57.437.737			Tipo de cuenta: AHORROS		
Correo electrónico: liradaju@misena.edu.co			Número de Cuenta: 34821276502		
IP/Nº de contacto: 54130			Presta Servicios Excluidos de IVA:		SI
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					NO
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: 5886227/2024		Nº Compromiso SIIF 18324		Número de pagos durante la vigencia del contrato 8	
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN EL ROL DE INSTRUCTOR DE EMPRENDIMIENTO O ROL DE INSTRUCTOR TÉCNICO, APORTANDO EN LA PLANEACIÓN, EJECUCIÓN, EVALUACIÓN Y MEJORA CONTINUA DE LOS PROCESOS DE FORMACIÓN Y ASESORÍA TÉCNICA PARA EL EMPRENDIMIE			
DATOS PERIODO DEL PAGO					
Del 01/04/2024 Al 30/04/2024		Saldo Anterior del Contrato:		\$ 27.388.676	
Número de pago 2		Valor Total del Contrato:		\$ 31.258.815	
Valor Bruto Pago: \$ 4.465.545,00		Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 22.923.131	
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Ingresos por honorarios \$ 4.465.545		Ninguno		0,00%	
Ingresos por comisiones \$ 500.000		Retencion en la Fuente del Periodo		\$ 0	
Ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ 0					
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO \$ 4.965.545		Menos, Retefuente Otros Ingresos		\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 3.342.445		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0	
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR					
		Abril		Marzo	
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		-----		4548173535	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.786.218		\$ 1.548.056	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 223.300		\$ 193.600	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 285.800		\$ 247.700	
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -		\$ 0	
ARL IV		\$ -		\$ 0	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -			
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		\$ -			
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		\$ -			
Intereses Prestamo de Vivienda		\$ -			
Dependientes hasta		\$ -			
Salud hasta \$ 753.040		\$ -			
Renta Exenta 25% \$24.787.566		\$ 1.114.000			
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. \$ 857.000					
Retención en la Fuente Contingente \$					
				Base retención en la fuente a titulo de RENTA 3.342.445,00	
				Base retención en la fuente a titulo de ICA 4.456.445,00	
				Valor base IVA 0,00	
				IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00 19%	
				Menos Retención en la Fuente 0,00 0,00%	
				Menos Retencion IVA 0,00 15%	
				Reteica - 8299 - SANTA MARTA 31.195,00 0,700%	
				- 0,00 0%	
				- 0,00 0%	
				- 0,00 0%	
				- 0,00 0%	
				Pro-Hospital 99.311,00 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%	
				0,00	
				Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00	
				VALOR A PAGAR \$4.335.039,00	
SON: CUATRO MILLONES TRESCIENTOS TREINTA Y CINCO MIL TREINTA Y NUEVE PESOS M/CTE					
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Impartir formacion profesional integral en la especialidad de Acuicola a las siguientes fichas del programa SER:					
Ficha No.2961669 PLANIFICACION Y CONSTRUCCION DE INFRAESTRUCTURA DE CULTIVOS ACUICOLAS					
Ficha No.2953954 ADECUACIÓN DE ESTANQUES PISCÍCOLAS					
Presentar Legalizaciones de Comisiones No.8424 - 11724 - 15024					
Presentar Cuenta de Cobro e Informe Contractual Mes de Abril 2024					
Presentar Planilla de Pago de Aportes Mes de Marzo 2024.					
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					
				LILIANA MERCEDES RADA JUVINAO EL CONTRATISTA	
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO					
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí 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.				YAIR ENRIQUE TACHE NIEBLES 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 BICHARA JOSE ZABLEH HASBUN SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)					

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE					DATOS GENERALES DE LA PLANILLA																					
TIPO IDENTIFICACIÓN:		CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:		57437737					NÚMERO PLANILLA:		4548173535					TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES							
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:		SANTA MARTA		DEPARTAMENTO:		LILIANA MERCEDES RADA JUVINAO					PERIODO COTIZACIÓN OTROS		MES		marzo AÑO		2024		PERIODO COTIZACIÓN SALUD:		MES		marzo AÑO		2024	
CIUDAD/MUNICIPIO:		SANTA MARTA		TELÉFONO:		4000000					DÍAS DE MORA:		7		2024/04/16		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9998375906							
DIRECCIÓN:		02-INDEPENDIENTE		CLASE APORTANTE:		I-INDEPENDIENTE					FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/04/16													
TIPO APORTANTE:		PRIVADA		ACTIVIDAD ECONOMICA:		Otras actividades de servicios personales n.c.p.																				
TIPO EMPRESA:		ÚNICO																								
FORMA DE PRESENTACIÓN:																										
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
230301	230301-PORVENIR		1	\$ 247.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 1.500	\$ 0	\$ 247.700	\$ 1.500	\$ 249.200
SUBTOTALES:											\$ 247.700	\$ 1.500	\$ 249.200

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	
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 193.600	\$ 0	\$ 1.200	\$ 0	\$ 193.600	\$ 1.200	\$ 0	\$ 194.800	
SUBTOTALES:													\$ 193.600	\$ 1.200	\$ 0	\$ 194.800	

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																									
DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES												SEGURIDAD SOCIAL										PARAFISCALES																									
Nº	IDENTIFICA CIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN				APORTES VOLUNTARIOS				INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	SALUD				ARP				DÍAS COT	IBC	CCF					SENA	ICBF	ESAP	MINEDU		
																											ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		EMPLOYER				ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT			IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	ADMIN	TOTAL APORTE					TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 57437737	RADA JUVINAO LILIANA MERCEDES	INDEPEND		\$ 1.548.056				NO	01																	230301- PORVENIR	30		\$ 1.548.056	\$ 247.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 247.700	EPS002- SALUD TOTAL	30		\$ 1.548.056	\$ 193.600	\$ 0	\$ 193.600			\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL

\$ 444.000