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)

REGIONAL CHOCÓ

CENTRO DE RECURSOS NATURALES, INDUSTRIA Y BIODIVERSIDAD-CHOCÓ

Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1

Código Regional	**27**
Código Centro	**952210**
Fecha Elaboración	**Mayo de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**82630-206300**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	LORAIN IRINA ABRIL VALDES	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	1.017.157.704	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	labril@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	53687744299
IP/Nº de contacto:	44513	**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	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:	5886002/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**16624**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	8

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	CONTRATACION INSTRUCTORES-PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL DE CINCUENTA (50) INSTRUCTORES PARA ORIENTAR FORMACIÓN PROFESIONAL EN EL NIVEL COMPLEMENTARIA REGULAR, PROGRAMADA POR EL CENTRO DE RECURSOS NATURALES, INDUSTRIA Y BIODIVERSID

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/05/2024**	**Al**	**31/05/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 19.406.667
Número de pago	**4**			**Valor Total del Contrato:**	$ 28.700.000
Valor Bruto Pago:			**$ 4.100.000,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 15.306.667

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.100.000	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	**$ 4.100.000**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.264.600**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR

		Mayo	Abril
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**9464440858**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.640.000	$ 1.640.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 205.000	$ 205.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 262.400	$ 262.400
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 8.600	$ 8.600
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		$ 217.300	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ 217.300	
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -	
Dependientes hasta		$ -	
Salud hasta	$ 753.040	$ 169.800	
Renta Exenta 25%	$ 24.787.566	$ 755.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 1.717.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.264.600,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.632.600,00	
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 - 8551 - QUIBDO	7.265,00	0,200%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Pro Utch	61.500,00	1,500%
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	**$4.031.235,00**	

SON: CUATRO MILLONES TREINTA Y UN MIL DOSCIENTOS TREINTA Y CINCO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se da inicio a la nueva Formación de aprendizaje Complementaria:
Desarrollo social en el marco de los derechos de los niños, niñas y adolescentes, 48 horas. Con fichas números:2989399-2989406-298941
2992948. Desarrollo del tema: Derechosy deberes de los niñosy las niñas. Se realizo clase sobre el que es un derecho social.
Se realizó debate de las lecturas del documento: Pautas para ejecutarun proyecto de investigación.Mapa conceptual sobre el tema.
Se lesda clase magistral y explicación a los aprendices de cómo desarrollar un mapa conceptual, mapas mentales,
como trabajar en grupo etc. Desarrollo de clase magistral sobre temas de investigación para tesis escolar.
De igual manera, en cada sección para los hogares, se dejan talleres investigativos, lecturas, videos ilustrativos etc.

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

Lorain Abril Valdes.

LORAIN IRINA ABRIL VALDES
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,

Firmado digitalmente por WILBER GIOVANYY QUEZADA HERRERA
Fecha: 2024.05.30 09:36:24 -05'00'

WILBER GIOVANNY QUEZADA HERRERA
INSTRUCTOR G12

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

CARLOS NEHEMIAS SALAMANDRA MARTINEZ

DIRECTOR REGIONAL CON FUNCIONES DE SUBDIRECTOR DE CENTRO (E)

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1017157704		ABRIL VALDES LORAIN IRINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	COHIMBRA MANZANA D CASA 3	QUIBDO-CHOCO	6732615	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-04	2024-04	639740627	9464440858	I	2024/05/03	2024/05/15	BANCOLOMBIA	12	$381,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0
Ciudad: QUIBDO Depto: CHOCO (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0
1	CC	1017157704 ABRIL LORAIN	25-14	30	$1,300,000	$208,000	EPS005	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-23	30	$1,300,000	$6,800	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1017157704		ABRIL VALDES LORAIN IRINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	COHIMBRA MANZANA D CASA 3	QUIBDO-CHOCO	6732615	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-04	2024-04	639740627	9464440858	I	2024/05/03	2024/05/15	BANCOLOMBIA	12	$381,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$2,100	$0	$210,100
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$208,000	$2,100	$0	$210,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,800	$100	$0	$6,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$6,800	$100	$0	$6,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$1,600	$0	$164,100
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$162,500	$1,600	$0	$164,100
TOTAL				**1**	**$377,300**	**$3,800**	**$0**	**$381,100**

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1017157704		ABRIL VALDES LORAIN IRINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	COHIMBRA MANZANA D CASA 3	QUIBDO-CHOCO	6732615	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-04	2024-04	666740033	9467863563	N	2024/05/03	2024/05/28	BANCOLOMBIA	25	$100,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$340,000	$54,400			$340,000	$42,500			$0	$0			$340,000	$1,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$340,000	$54,400			$340,000	$42,500			$0	$0			$340,000	$1,800		$0	$0
Ciudad: QUIBDO Depto: CHOCO (1 Afiliados)					$340,000	$54,400			$340,000	$42,500			$0	$0			$340,000	$1,800		$0	$0
1	CC	1017157704	ABRIL LORAIN	25-14	30	($1,300,000)	($208,000)	EPS005	30	($1,300,000)	($162,500)		0	$0	$0	14-23	30	($1,300,000)	($6,800)	0	$0	$0
2	CC	1017157704	ABRIL LORAIN	25-14	30	$1,640,000	$262,400	EPS005	30	$1,640,000	$205,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,640,000	$8,600	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$340,000	$54,400			$340,000	$42,500			$0	$0			$340,000	$1,800		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1017157704		ABRIL VALDES LORAIN IRINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	COHIMBRA MANZANA D CASA 3	QUIBDO-CHOCO	6732615	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-04	2024-04	666740033	9467863563	N	2024/05/03	2024/05/28	BANCOLOMBIA	25	$100,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$54,400	$1,100	$0	$55,500
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$54,400	$1,100	$0	$55,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,800	$100	$0	$1,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$1,800	$100	$0	$1,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,500	$900	$0	$43,400
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$42,500	$900	$0	$43,400
TOTAL				**1**	**$98,700**	**$2,100**	**$0**	**$100,800**