

SENA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATO 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
Código Centro
Fecha Elaboración
Versión
ID de Proceso

47
952910
Setiembre de 2024
MARZO 2024 - 2,24
37653-099692

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:
Cédula de Ciudadanía
Correo electrónico:
IP/N° de contacto:
Inducción SST:
Régimen del IVA:

SAMIRA BEATRIZ HERNANDEZ MONTENEGRO
36.697.384
sbhernandez@sena.edu.co
3173310706
SI
NO RESPONSABLE

Banco a consignar:
Tipo de cuenta:
Número de Cuenta:
Presta Servicios Excluidos de IVA:
Pertenece al régimen simple de tributación:
Es declarante de renta por el año gravable 2023

BANCOLOMBIA
AHORROS
91617715274

NO
NO
SI

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?
Sus ingresos en el 2023 fueron iguales o superiores a \$59.377.000
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)
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?
Concepto del pago corresponde a:
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.

NO
NO
NO
NO
Ninguno
0,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:
OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripción del servicio prestado)

5875926/2024
Prestar servicios personales de carácter temporal para impartir formación en los programas de Atención a Poblaciones Vulnerables del Centro de Logística y Promoción Ecoturística del SENA Regional Magdalena en el área de SISTEMAS

Nº Compromiso SIIF
18024

Número de pagos durante la vigencia del contrato
11

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del
Número de pago
Valor Bruto Pago:

01/09/2024
8
\$ 4.465.545,00

Afiliación
30/09/2024

Saldo Anterior del Contrato:
Valor Total del Contrato:
Nuevo Saldo del Contrato:

\$ 15.480.556
\$ 44.655.450
\$ 11.015.011

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios
Ingresos por comisiones
Ingresos de otros meses cobrados en el mes
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE

\$ 4.465.545
\$ 0
\$ 4.465.545
\$ 8.931.090
\$ 5.083.681

Retención en la fuente a practicar Artículo 383 rentas
Retencion en la Fuente del Periodo

Menos, Retefuente Otros Ingresos
TOTAL REFEFUENTE PRESENTE PAGO

2,29%
\$ 116.376

\$ 0
\$ 116.376

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

Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS
Ingreso Base de Cotización - IBC
Aporte obligatorio a seguridad social salud
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional
ARL

Setiembre

\$ 1.786.218
\$ 223.300
\$ 285.800
\$ -
\$ 9.400

Agosto
7938630407
\$ 1.786.218
\$ 223.300
\$ 285.800
\$ 0
\$ 9.400

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
Renta Exenta 25%
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.
Retención en la Fuente Contingente

\$ 285.800
\$ 223.300
\$ 9.400
\$ -
\$ -
\$ -
\$ -
\$ 893.109
\$ 753.040
\$34.082.904
\$ 6.672.541
\$

Base retención en la fuente a titulo de RENTA
Base retención en la fuente a título de ICA
Valor base IVA
IVA (Si es RESPONSABLE)
Menos Retención en la Fuente
Menos Retencion IVA
Reteica - 8299 - SANTA MARTA

-
-
-
Pro-Hospital
Otras Retenciones
Otras Retenciones
Otras Retenciones
Otras Retenciones

Descuentos de embargo (Si tiene)
VALOR A PAGAR

5.083.681,00
3.956.445,00
0,00
0,00
116.376,00
0,00
27.695,00
0,00
0,00
0,00
89.311,00
0,00
0,00
0,00
0,00
0,00
0,00
0,00
0,00
0,00

TARIFA

19%
2,29%
15%
0,700%
0%
0%
0%
0%
2,000%
0,000%
0,000%
0,000%
0,000%
0,000%
0,000%
0,000%
0,000%
0,000%
0,000%

SON: CUATRO MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y DOS MIL CIENTO SESENTA Y TRES PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Impartir formación de Manejo Básico de herramientas de hoja de Calculo Excel fichas 3068624, 3068627 Manejo Básico de herramienta de ofimáticas Según ficha: 3068626/Se realiza prueba diagnostica a la ficha 3068624, 3068627
Registrar asistencia según ficha: 3068624, 3068627, 3068626/Emitir juicios evaluativos ficha; 3024874 ,3026754
Manejo de correo institucional, Manejo de Sofia plus/Asistir a reunion con los coordinadores y el subdirector Julio del Castillo para seguimiento de formación /Se actualiza portafolio del instructor/Utilicé los formatos por el SIGA para lista de asistencia
Divulgación Cuarta Oferta Presencial/Presentación de informe mensual de ejecución contractual, planilla para el pago de honorarios y presentación de la planilla de seguridad social No. 7938630407 de Agosto del año 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

SAMIRA BEATRIZ HERNANDEZ MONTENEGRO
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,

RAFAEL ALFONSO YEPES CONDE
INSTRUCTOR G10

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:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 36697384
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	SAMIRA BEATRIZ HERNANDEZ MONTENEGRO	
CIUDAD/MUNICIPIO:	SANTA MARTA DEPARTAMENTO:	MAGDALENA
DIRECCIÓN:	CRA 21 F NO 47-65 SANTA	TÉLFONO: 4326534
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	7938630407	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: agosto	PERIODO COTIZACIÓN MES: agosto
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2024	SALUD: AÑO: 2024
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/09/16	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 913182162

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

LIQUIDACIÓN GENERAL						
					TOTALES	
					COTIZANTES	TOTAL
PENSIÓN						
		ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
800224808	230301	230301-PORVENIR			1	\$ 285.800
SUBTOTAL:					1	\$ 285.800
SALUD						
		ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
900156264	EPS037	EPS037-NUEVA EPS			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