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 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	**Setiembre de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**45198-255842**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	JUANA ISABEL MOLINA MARQUEZ	**Banco a consignar:**	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	32.877.726	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	jimolinam@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	0550116800024063
IP/Nº de contacto:	2	**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:	5765229/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**724**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	12

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	SERVICIOS PERSONALES: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA GESTIÓN DE LOS PROCESOS DE PLANEACIÓN, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN DE LAS DIFERENTES ESTRATEGIAS DE INVESTIGACIÓN APLICADA, DESARROLLO TECNOLÓGICO E INNOVACIÓN DE SENNOVA QUE TENGAN LUGAR EN EL

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/09/2024**	**Al**	**30/09/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 24.000.000
Número de pago	**9**			**Valor Total del Contrato:**	$ 69.000.000
Valor Bruto Pago:			**$ 6.000.000,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 18.000.000

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 6.000.000	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 192.436	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 6.192.436**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 3.297.502**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Setiembre	Agosto
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**9471625132**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 2.400.000	$ 2.400.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 300.000	$ 300.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 384.000	$ 384.000
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 12.600	$ 12.600
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		$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda		$ 2.853.000	
Dependientes hasta		$ 619.244	
Salud hasta	$ 753.040	$ 154.000	
Renta Exenta 25%	$ 37.181.350	$ 467.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 3.640.100		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	3.297.502,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	5.508.436,00	
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	38.559,00	0,700%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
Pro-Hospital	123.849,00	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	**$5.837.592,00**	

SON: CINCO MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y SIETE MIL QUINIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

PARTICIPE EN EL IV FOTO VOCACIONAL ORGANIZADO POR UNNIBAN

PARTICIPE EN LA VISITA DE PARES EVALUADORES PROGRAMA DE AGRICULTURA

PARTICIPE EN LA FORMULACION DEL PTOYECTO SGPS 13310

PARTICIPE EN LA FORMULACION DEL PROYECTO SGPS 13312

APOYE LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS QUE REQUIERAN LOS PROYECTOS VIGENCIA 2024

PARTICIPE EN LA PIEZA COMUNICATIVAS VIDEO SENNOVA

PARTICIPE EN EL EVENTO RUTA C ORGANIZADO POR LA CAMARA DE COMERCIO

ATENDI A LOS INTRUCTORES Y APRENDICES QUE SOLICITEN ALGUN SERVICIO DE SENNOVA

ASISTI A REUNIONES CONVOCADAS POR EL SUBDIRECTOR DEL CAAG

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

JUANA ISABEL MOLINA MARQUEZ
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,

ANA MARIA LONDOÑO COLORADO
TECNICO G03

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)

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 32877726		MOLINA MARQUEZ JUANA ISABEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera8 28-47	SANTA MARTA-MAGDALENA	4355933	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-08	2024-08	923219259	9471625132	I	2024/09/06	2024/09/19	BANCO DAVIVIENDA	13	$803,300

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 (2 Afiliados)						$2,400,000	$384,000			$2,400,000	$386,400			$0	$0			$2,400,000	$25,100		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (2 Afiliados)						$2,400,000	$384,000			$2,400,000	$386,400			$0	$0			$2,400,000	$25,100		$0	$0
Ciudad: SANTA MARTA Depto: MAGDALENA (2 Afiliados)						$2,400,000	$384,000			$2,400,000	$386,400			$0	$0			$2,400,000	$25,100		$0	$0
1	CC	1083043116	CHICRE JOSE		0	$0	$0	EPS005	30	$0	$86,400		0	$0	$0		0	$0	$0	0	$0	$0
2	CC	32877726	MOLINA JUANA	25-14	30	$2,400,000	$384,000	EPS005	30	$2,400,000	$300,000		0	$0	$0	14-23	30	$2,400,000	$25,100	0	$0	$0
Total			**Afiliados(2)**			$2,400,000	$384,000			$2,400,000	$386,400			$0	$0			$2,400,000	$25,100		$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 32877726		MOLINA MARQUEZ JUANA ISABEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera8 28-47	SANTA MARTA-MAGDALENA	4355933	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-08	2024-08	923219259	9471625132	I	2024/09/06	2024/09/19	BANCO DAVIVIENDA	13	$803,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$384,000	$3,700	$0	$387,700
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$384,000	$3,700	$0	$387,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$25,100	$300	$0	$25,400
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$25,100	$300	$0	$25,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$386,400	$3,800	$0	$390,200
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	2	$386,400	$3,800	$0	$390,200
TOTAL				**1**	**$795,500**	**$7,800**	**$0**	**$803,300**