



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 ATLÁNTICO

CENTRO NACIONAL COLOMBO ALEMAN- ATLÁNTICO

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

Código Regional

Código Centro

Fecha Elaboración

Versión

ID de Proceso

8

920710

Octubre de 2024

MARZO 2024 - 2,24

49065-808349

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	KAREM MARGARITA MEDINA BLANCO	Banco a consignar:	BANCOLOMBIA	
Cédula de Ciudadanía	22.570.335	Tipo de cuenta:	AHORROS	
Correo electrónico:	kmedinab@sena.edu.co	Número de Cuenta:	40017649448	
IP/Nº de contacto:	52001	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:				Honorarios profesionales a persona declarante de renta
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.				0,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	5750107/2024	Nº Compromiso SIIF	1324	Número de pagos durante la vigencia del contrato	12
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		Prestar los servicios como apoyo profesional en el programa de Articulación con la Media del Centro.			

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	01/10/2024	Al	31/10/2024	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 13.606.878
Número de pago	10			Valor Total del Contrato:	\$ 52.159.699
Valor Bruto Pago:	\$ 4.535.626,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 9.071.252

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	\$ 4.535.626	Honorarios profesionales a persona declarante de re	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	\$ 4.535.626	Menos, ReteFuente Otros Ingresos	\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 3.007.026	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGARTable| | Octubre | Setiembre | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS | ----- | 7941724528 | Base retención en la fuente a título de RENTA | 3.007.026,00 | TARIFA |
| Ingreso Base de Cotización - IBC | \$ 1.814.250 | \$ 1.814.250 | Base retención en la fuente a titulo de ICA | 4.018.526,00 | |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | \$ 226.800 | \$ 226.800 | Valor base IVA | 0,00 | |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | \$ 290.300 | \$ 290.300 | IVA (Si es RESPONSABLE) | 0,00 | 19% |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | \$ - | \$ 0 | Menos Retención en la Fuente | 0,00 | 0,00% |
| ARL I | \$ 9.500 | \$ 9.500 | Menos Retencion IVA | 0,00 | 15% |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes | \$ - | | Reteica - 8299 - BARRANQUILLA | 40.185,00 | 1,000% |
| Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes | \$ - | | - | 0,00 | 0% |
| Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes | \$ - | | - | 0,00 | 0% |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias | \$ - | | - | 0,00 | 0% |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC | \$ - | | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias | \$ - | | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Intereses Prestamo de Vivienda | \$ - | | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Dependientes hasta | \$ - | | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Salud hasta \$ 753.040 | \$ - | | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Renta Exenta 25% \$37.181.350 | \$ 1.002.000 | | | 0,00 | |
| Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. \$ 8.318.799 | | | Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| Retención en la Fuente Contingente \$ | | | VALOR A PAGAR | \$4.495.441,00 | |

SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y UN PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGOTable| |
| --- |
| Reunión con rectores de instituciones educativas para seguimiento al proceso de formación |
| Reunión con rectores de instituciones educativas para concertación de la oferta 2025 |
| Visita a las instituciones educativas para verificación de condiciones de ambiente |
| Reuniones de seguimiento con el enlace OIT proceso SENATIC |
| Reuniones regionales para organizar el POA 2025 |
| Reuniones con los instructores para seguimiento a los compromisos del IV trimestre |
| Planeación indicativa del centro 2025 |
| Proyeccion de horarios 2025 |

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	KAREM MARGARITA MEDINA BLANCO EL CONTRATISTA
--	---

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui 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 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.	MANUEL GREGORIO HORMECHEA LANCE INSTRUCTOR G19

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
DORIS ESTER DEL TORO RUİZ
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 22570335
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	KAREN MARGARITA MEDINA BLANCO	
CIUDAD/MUNICIPIO:	BARRANQUILLA DEPARTAMENTO:	ATLANTICO
DIRECCIÓN:	CR 35 68B 43 APTO 101A	TELÉFONO: 3336857
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades de arquitectura e
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	7941724528	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: septiembre	PERIODO COTIZACIÓN MES: septiembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2024	SALUD: AÑO: 2024
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/10/07	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 965846676

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

LIQUIDACIÓN GENERAL						
					TOTALES	
					COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN						
		ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
800224808	230301	230301-PORVENIR			1	\$ 290.300
SUBTOTAL:					1	\$ 290.300
SALUD						
		ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
800088702	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD			1	\$ 226.800
SUBTOTAL:					1	\$ 226.800
RIESGOS PROFESIONALES						
		ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.			1	\$ 9.500
SUBTOTAL:					1	\$ 9.500

VALOR SIN MORA:	\$ 526.600
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 526.600

PLANILLA No:		7941724528										TIPO DE PLANILLA:		I	PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS:										septiembre - 2024		PERIODO COTIZACIÓN SALUD:										septiembre - 2024		FECHA DE PAGO:		07/10/2024		FORMA DE PRESENTACIÓN APORTANTE:										UNICO																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
SALARIO BÁSICO		NOVEDADES														SEGURIDAD SOCIAL														SALUD						ARP						PARAFISCALES																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
																PENSIÓN				APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL		TOTAL APORTE		ADMIN		DÍAS COT		IBC		COTIZACIÓN		VALOR ADRES		TOTAL APORTE		ADMIN		DÍAS COT		IBC		CENTRO DE TRABAJO		TOTAL APORTE		DÍAS COT		IBC		ADMIN		TOTAL APORTE		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
																ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		EMPLOYADOR	EMPLOYED																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											



Recibido por: