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

CERTIFICACIÓN COMPETENCIAS LABORALES

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

Código Regional	8
Código Centro	101008
Fecha Elaboración	Noviembre de 2024
Versión	MARZO 2024 - 2,24
ID de Proceso	40285-349883

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	KARINA DEL CARMEN BATISTA ZEA	**Banco a consignar:**	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	32.757.062	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	kbatistaz@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	0570023570003139
IP/Nº de contacto:	52147	**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:	5869534/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**13724**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

SERVICIOS PERSONALES: PROFESIONALES, EN LAS FASES DEL PROCESO "GESTIÓN DE EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE COMPETENCIAS LABORALE RADICADO 08-9-2024-003342...PZO 31/12/2024

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/11/2024**	**Al**	**30/11/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 10.000.000
Número de pago	**10**			**Valor Total del Contrato:**	$ 55.000.000
Valor Bruto Pago:			**$ 5.000.000,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 5.000.000

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 5.000.000	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	**$ 5.000.000**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 3.314.500**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Noviembre	Octubre			
				Base retención en la fuente a titulo de RENTA	3.314.500,00	TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**74126980**	Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.430.000,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 2.000.000	$ 2.000.000	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 250.000	$ 250.000	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 320.000	$ 320.000	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
ARL I		$ 10.500	$ 10.500	Reteica - 8299 - BARRANQUILLA	44.300,00	1,000%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -		-	0,00	0%
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%	$ 34.082.904	$ 1.105.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 9.944.875					
				Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		$		**VALOR A PAGAR**	**$4.955.700,00**	

SON: CUATRO MILLONES NOVECIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL SETECIENTOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Apoyar en la consolidación de la información del proceso Gestión de Evaluación y Certificación de Competencias Laborales, de cada uno
Cooperar y participar en el plan de trasferencia de conocimiento proceso Gestión de Evaluación y Certificación de Competencias Laboral
Contribuir en la ejecución de metas e indicadores proceso Gestión de Evaluación y Certificación de Competencias Laborales, de cada uno
Apoyar la ejecución de planes del proceso de Gestión de Evaluación y Certificación de Competencias Laborales, de cada uno de los 4 cen
Acompañar a los dinamizadores de cada uno de los 4 centros de formación de la Regional Atlántico en las concertaciones requeridas
Apoyar la planeación a los dinamizadores de verificación asignados a los cuatro centros de formación regional Atlántico.
Participar activamente en la gestión y transferencia de conocimiento con los Dinamizadores regionales de Instrumentos.
Contribuir en la divulgación del proceso Gestión de Evaluación y Certificación de Competencias Laborales, de cada uno de los 4 centros
Contribuir en la gestión de las PQRS requeridas sobre el proceso de Gestión de Evaluación y Certificación de Competencias Laborales de

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



KARINA DEL CARMEN BATISTA ZEA
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,

ROBERT ANDRES LLINAS LASTRA
PROFESIONAL 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
JACQUELINE ROJAS SOLANO
DIRECTOR REGIONAL A G08

15/11/24 10:38:38 USUARIO: SIC - C.C. 32757062

SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2024-11-05, 02:51:37 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 74126980

Periodo Cotización 202410 **Periodo Servicio** 202410

Cliente:

PAGADA 2024-11-05

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	KARINA DEL CARMEN BATISTA ZEA				
Documento	CC 32757062	**Dirección**	CR 53 #135 - 49 CASA 64		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	6053429872		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BARRANQUILLA, DISTRITO ESP, INDUSTRIAL Y PORTUARIO	**Departamento**	ATLANTICO		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 32757062		Residente		Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	59	00					BATISTA ZEA KARINA DEL CARMEN	8001000 - 8		ATLANTICO

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																					Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos						Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	0			$ 2,000,000	25-14		16 %	$ 2,000,000	$ 320,000	$ 0	$ 0	EPS010		12,5 %	$ 2,000,000	$ 250,000	$ 0	14-23	1	0,522 %	$ 2,000,000	$ 10,500	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLPENSIONES	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	EPS SURA	POSITIVA DE SEGUROS	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 320.000	$ 0	$ 0	$ 250.000	$ 10.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 580.500

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

Transacción Aprobada

Su planilla ha sido enviada y pagada con éxito. Por favor imprima este comprobante como soporte del envío y pago de su planilla.

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900089104-5
Razón Social del Operador de Información	Enlace Operativo
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2024-11-05, 02:40:35 PM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	octubre de 2024
Periodo de Cotización Para Salud	octubre de 2024
Empresa	KARINA DEL CARMEN BATISTA ZEA
CEDULA CIUDADANIA	CC 32757062
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	74126980
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	1029515144
Banco	(1051) - BANCO DAVIVIENDA
Valor	$ 580.500
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	www.suaporte.com.co

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	$ 320.000	$ 0
N800088702	EPS010	EPS SURA	1	$ 250.000	$ 0
N860011153	14-23	ARP - POSITIVA COMPAÑIA DE SEG	1	$ 10.500	$ 0
		SubTotales:		$ 580.500	$ 0
		Total a Pagar:			$ 580.500

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

Enlace Operativo no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.