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

DESPACHO DIRECCION

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

Código Regional	**47**
Código Centro	**101047**
Fecha Elaboración	**Diciembre de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**20684-873004**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	ADIS YOHANA TAMARIS RIOS	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	39.046.634	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	atamaris@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	91689811260
IP/Nº de contacto:	54004	**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**	NO

¿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:	5763695/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**1624**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	12

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	SERVICIOS PERSONALES: PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR LA ARTICULACIÓN DEL SENA CON LA UNIDAD TERRITORIAL DE ATENCIÓN A VÍCTIMAS Y DEMÁS ENTIDADES CONFORMANTES DEL SNARIV, ASÍ COMO ARTICULAR A NIVEL INTERNO Y EXTERNO ACCIONES Y ESTRATE

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/12/2024 Al 31/12/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 4.750.000
Número de pago	**12**	**Valor Total del Contrato:**	$ 54.625.000
Valor Bruto Pago:	**$ 4.750.000,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 0

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.750.000	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 2.007.742	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 6.757.742**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 4.147.468**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Diciembre	Noviembre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**9477712926**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.900.000	$ 1.900.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 237.500	$ 237.500
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 304.000	$ 304.000
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 10.000	$ 10.000
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		$ 675.774	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 37.181.350	$ 1.383.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 11.382.033		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	4.147.468,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	6.216.242,00	
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	43.514,00	0,700%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
Pro-Hospital	135.155,00	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	**$4.571.331,00**	

SON: CUATRO MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y UN MIL TRESCIENTOS TREINTA Y UN PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Participación: VI Comité SNCRPA/VI Mesa Territorial Interinstitucional/IV CTJT Plato y Santa Marta/Subcomité de Reparación Integral.

Cierre de concertaciones ejecutadas en los municipios de Remolino, El Retén y Ciénaga.

Encuentro por la dignificación a las víctimas Santa Elena/Ciudad Equidad/Reunión de articulación proyecto COREMA - Reincorporados-ARN.

Seguimiento a los SRC: Ette Ennaka/Tucurinca (Zona Bananera) y Victoria Torres (Pueblo Viejo.

Consolidación de la información de los fallos y procesos judiciales para articular la ejecución de los requerimientos de la población.

Seguimiento y envío de avances ejecutados en las setencias VIPIS ST 3872 y Plan Maestro PNNT ST606.

Concertación de acciones con Enlaces municipales de Ariguaní y Plato para la vigencia 2025.

Participación en Subcomité de Prevención y Protección, Plato – Magdalena.

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

Adis Tamaris Rios

ADIS YOHANA TAMARIS RIOS
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,

ANGELICA CAROLINA CORWIN RONDANO
PROFESIONAL G02

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
RAFAEL ALFONSO YEPES CONDE
DIRECTOR REGIONAL C G05

16/12/24 20:36:56 USUARIO: SIC - C.C. 39046634

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 39046634		TAMARIS RIOS ADIS YOHANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 13 #28-17 Apartamento 311A	SANTA MARTA-MAGDALENA	4307852	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-11	1118099141	9477712926	I	2024/12/09	2024/12/11	BANCOLOMBIA	2	$552,500

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)					$1,900,000	$304,000			$1,900,000	$237,500			$0	$0			$1,900,000	$10,000		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,900,000	$304,000			$1,900,000	$237,500			$0	$0			$1,900,000	$10,000		$0	$0
Ciudad: SANTA MARTA Depto: MAGDALENA (1 Afiliados)					$1,900,000	$304,000			$1,900,000	$237,500			$0	$0			$1,900,000	$10,000		$0	$0
1	CC	39046634	TAMARIS ADIS	25-14	30	$1,900,000	$304,000	EPS005	30	$1,900,000	$237,500		0	$0	$0	14-23	30	$1,900,000	$10,000	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,900,000	$304,000			$1,900,000	$237,500			$0	$0			$1,900,000	$10,000		$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 39046634		TAMARIS RIOS ADIS YOHANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 13 #28-17 Apartamento 311A	SANTA MARTA-MAGDALENA	4307852	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-11	1118099141	9477712926	I	2024/12/09	2024/12/11	BANCOLOMBIA	2	$552,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$304,000	$500	$0	$304,500
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$304,000	$500	$0	$304,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$10,000	$100	$0	$10,100
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$10,000	$100	$0	$10,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$237,500	$400	$0	$237,900
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$237,500	$400	$0	$237,900
TOTAL				**1**	**$551,500**	**$1,000**	**$0**	**$552,500**