

<div><div>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</div></div>	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 INDUSTRIAL Y DE AVIACIÓN- ATLÁNTICO Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Código Regional		8		
			Código Centro		920810		
			Fecha Elaboración		Agosto de 2025		
			Versión		ENERO - 2.25		
			ID de Proceso		12436-462440		
DATOS DEL CONTRATISTA							
Nombres y apellidos:		KARINA ISABEL OBESO PAEZ		Banco a consignar:		BANCO BBVA	
Cédula de Ciudadanía		1.079.886.246		Tipo de cuenta:		AHORROS	
Correo electrónico:		obeso.karina@hotmail.com		Número de Cuenta:		0111246872	
IP/N° de contacto:				Presta Servicios Excluidos de IVA:		NO	
Inducción SST:		SI		Pertenece al régimen simple de tributación:		SI	
Régimen del IVA:		NO RESPONSABLE		Es declarante de renta por el año gravable 2024		NO	
¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?						NO	
Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a \$65.891.000						NO	
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2025 es igual o superior a \$164.336.700 (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							
N° del contrato:		7660016/2025	N° Compromiso SIIF		205625	Número de pagos durante la vigencia del contrato	10
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		RP-INSTRUCTOR:POR COMPETENCIAS LABORALES, MEDIANTE LA ESTRATEGIA DE APRENDIZAJE POR PROYECTOS EN LOS PROGRAMAS DE FORMACIÓN DE FORMACION PRESENCIAL Y VIRTUAL: GESTION. ONBASE 08-9-2025-007719					
DATOS PERIODO DEL PAGO							
Del	01/08/2025	Al	31/08/2025	Saldo Anterior del Contrato:		\$ 17.606.930	
Número de pago	6			Valor Total del Contrato:		\$ 35.480.631	
Valor Bruto Pago:	\$ 4.001.575,00			Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 13.605.355	
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO							
Ingresos por honorarios		\$ 4.001.575		Ninguno		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		\$ 4.001.575		Menos, Retefuente Otros Ingresos		\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 2.652.875		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0	
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR							
		Agosto	Julio	Base retención en la fuente a titulo de RENTA		2.652.875,00	TARIFA
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----	9489490949	Base retención en la fuente a titulo de ICA		0,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.600.630	\$ 1.600.630	Valor base IVA		0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 200.100	\$ 200.100	IVA (Si es RESPONSABLE)		0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 256.200	\$ 256.200	Menos Retención en la Fuente		0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -	\$ 0	Menos Retencion IVA		0,00	0%
ARL		\$ 8.400	\$ 8.400			-	0,00 0%
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		\$ -				-	0,00 0%
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		\$ 796.784	\$ -	Otras Retenciones		0,00	0,000%
Renta Exenta 25%		\$32.784.341	\$ 884.000	Otras Retenciones		0,00	0,000%
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 3.900.000				0,00	
Retención en la Fuente Contingente		\$		Descuentos de embargo (Si tiene)		0,00	
				VALOR A PAGAR		\$4.001.575,00	
SON: CUATRO MILLONES UN MIL QUINIENTOS SETENTA Y CINCO PESOS M/CTE							
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO							
REALIZAR EL ALISTAMIENTO DE LAS ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE A ORIENTAR TENIENDO EN CUENTA: AMBIENTES, NÚMERO DE APRENDICES,							
DISPONIBILIDAD DE EQUIPOS, MODALIDAD DE FORMACIÓN, Y DURACIONES ESTABLECIDAS EN LAS GUÍAS DE APRENDIZAJE PARA EL LOGRO DE LOS							
RESULTADOS DE APRENDIZAJE DEL PROGRAMA,RETROALIMENTAR Y CALIFICAR EVIDENCIAS DE LA FASE, ASOCIAR APRENDICES EN LA RUTA DE APRENDIZAJE							
REVISION DE GUIAS DE APRENDIZAJES, ELABORACION DE CRONOGRAMAS.							
EVALUACION DE JUCIOS EDUCATIVOS,REGISTROS DE NOTAS EN EL CENTRO DE CALIFICACIONES,EVALUAR ACTIVIDADES DE APRENDIZAJES POR CADA UNIDAD							
TEMATICA,RETROALIMENTAR Y CONCLUIR FOROS TEMATICOS, ATENCION A LOS APRENDICES POR MEDIO DE MENSAJERIA INTERNA, PARTICIPAR							
CONVOCATORIAS PARA LA CERTIFICACION EN LA COMPETENCIA LABORAL ,ORIENTAR FORMACION PRESENCIAL DE ACUERDO CON PROCEDIMIENTOS TECNICOS Y							
NORMATIVAS.							
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 ISABEL OBESO PAEZ 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 periodo 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,			
				MILDRED MERCEDES BELTRAN MEDINA INSTRUCTOR G20			
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 HERNANDO LUIS ESTARITA TAPIAS SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)							

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1079886246		OBESO PAEZ KARINA ISABEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra22b#57-19	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3002439816	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-07	2025-07	1698845415	9489490949	I	2025/08/13	2025/08/13	NEQUI	\$464,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION		SALUD		CCF		RIESGOS			PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	de	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	lge	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Tarifa	Dias	Exonerado SENA e ICBF
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																														
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																														
Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)																														
1	CC	1079886246	OBESO KARINA																	230201	30	EPS002	30		0	14-23	30	0.522%	0	No
Total		Afiliados(1)																												

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1079886246		OBESO PAEZ KARINA ISABEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra22b#57-19	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3002439816	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-07	2025-07	1698845415	9489490949	I	2025/08/13	2025/08/13	NEQUI	\$464,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$256,200	\$0	\$0	\$256,200
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$256,200	\$0	\$0	\$256,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$8,400	\$0	\$0	\$8,400
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$8,400	\$0	\$0	\$8,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$200,200	\$0	\$0	\$200,200
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	\$200,200	\$0	\$0	\$200,200
TOTAL				1	\$464,800	\$0	\$0	\$464,800