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 DE LOGISTICA Y PROMOCION ECOTURI

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

Código Regional	**47**
Código Centro	**952910**
Fecha Elaboración	**Junio de 2026**
Versión	**ENERO - 1,26**
ID de Proceso	**69826-483895**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	JOHANNA ISABEL CORREA QUIROZ	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	36.695.246	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	jicorreaq@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	77952469587
IP/Nº de contacto:	3002410820	**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 2025**	NO

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	NO
Sus ingresos en el 2025 fueron iguales o superiores a $69.718.600	NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2026 es igual o superior a $209.496.000 (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:	9014571/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**6626**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	6

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL PROGRAMADA POR EL CENTRO DE LOGÍSTICA Y PROMOCIÓN ECOTURÍSTICA REGIONAL MAGDALENA EN LOS PROGRAMAS DE FORMACIÓN TITULADA

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/06/2026 Al 30/06/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 9.474.994
Número de pago	**5**	**Valor Total del Contrato:**	$ 28.424.982
Valor Bruto Pago:	**$ 4.737.497,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 4.737.497

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.737.497	Retención en la fuente a practicar Artículo 383 rentas	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 4.737.497**		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.785.747**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Junio	Mayo
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**9505238783**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.894.999	$ 1.894.999
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 236.900	$ 236.900
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 303.200	$ 303.200
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 9.900	$ 9.900
		$	
		$	
		$	
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		$ 473.750	
Salud hasta	$ 837.984	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 20.687.730	$ 928.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 3.712.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.785.747,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.197.397,00	
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	29.382,00	0,700%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
Pro-Hospital	94.750,00	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	**$4.613.365,00**	

SON: CUATRO MILLONES SEISCIENTOS TRECE MIL TRESCIENTOS SESENTA Y CINCO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se impartió formación a la ficha: 3173632 del programa de GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO la competencia de Apoyar las actividades de Salud Ocupacional de acuerdo con el Programa establecido y normatividad vigente el RAP Determinar las condiciones de salud de la población trabajadora en un ambiente ocupacional específico de acuerdo con metodologías establecidas.
Registrar inasistencia en Sofia plus de los aprendices de la ficha asignada y evidencia de la lista de asistencia.
Se evaluó la competencia de Asistir personas según protocolos de primer respondiente y normativa de salud.
Manejo de las plataformas tecnológicas institucionales para acompañamiento de procesos académicos.
Se realizó proyecto de investigación.
Reportes de horas del mes de junio.
Utilización de los formatos emitidos por el SIGA.

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

JOHANNA ISABEL CORREA QUIROZ
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui 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,

JOHAN ANDRES CAICEDO CARMONA
INSTRUCTOR G17

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
JULIO RAFAEL DE JESUS DEL CASTILLO LOZANO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

24/06/26 15:45:36 USUARIO: SIC - C.C. 36695246

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 36695246		CORREA QUIROZ JOHANNA ISABEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	maz c casa 8 casa santa clara	SANTA MARTA-MAGDALENA	4314719	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-05	2026-05	406168630	9505238783	I	2026/06/11	2026/06/22	NEQUI	11	$591,200

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)							$1,894,999	$303,200			$1,894,999	$236,900			$0	$0			$1,894,999	$46,200		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)							$1,894,999	$303,200			$1,894,999	$236,900			$0	$0			$1,894,999	$46,200		$0	$0
Ciudad: SANTA MARTA Depto: MAGDALENA (1 Afiliados)							$1,894,999	$303,200			$1,894,999	$236,900			$0	$0			$1,894,999	$46,200		$0	$0
1	CC	36695246	CORREA JOHANNA		231001	30	$1,894,999	$303,200	EPS005	30	$1,894,999	$236,900		0	$0	$0	14-23	30	$1,894,999	$46,200	0	$0	$0
Total			**Afiliados(1)**				$1,894,999	$303,200			$1,894,999	$236,900			$0	$0			$1,894,999	$46,200		$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 36695246		CORREA QUIROZ JOHANNA ISABEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	maz c casa 8 casa santa clara	SANTA MARTA-MAGDALENA	4314719	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-05	2026-05	406168630	9505238783	I	2026/06/11	2026/06/22	NEQUI	11	$591,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$303,200	$2,500	$0	$305,700
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$303,200	$2,500	$0	$305,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$46,200	$400	$0	$46,600
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$46,200	$400	$0	$46,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$236,900	$2,000	$0	$238,900
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$236,900	$2,000	$0	$238,900
TOTAL				1	$586,300	$4,900	$0	$591,200