

<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 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		Mayo de 2024	
			Versión		MARZO 2024 - 2,24	
			ID de Proceso		27326-645328	
DATOS DEL CONTRATISTA						
Nombres y apellidos:		LIN CARLOS HENRY COSTA		Banco a consignar:		BANCO BBVA
Cédula de Ciudadanía		7.142.361		Tipo de cuenta:		AHORROS
Correo electrónico:		dayajorge24@gmail.com		Número de Cuenta:		0517301214
IP/N° de contacto:		53876		Presta Servicios Excluidos de IVA:		SI
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						
N° del contrato:		5955096/2024		N° Compromiso SIIF		22224
				Número de pagos durante la vigencia del contrato		10
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		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, Titulada Virtual, Complementaria y/o Complementaria Virtual en el área INSTITUCIONAL PEDAGÓGICA - ACTIVIDAD FÍSICA Y HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE				
DATOS PERIODO DEL PAGO						
Del		01/05/2024		Al		31/05/2024
Número de pago		3		Saldo Anterior del Contrato:		\$ 33.342.736
Valor Bruto Pago:		\$ 4.465.545,00		Valor Total del Contrato:		\$ 42.273.826
				Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 28.877.191
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO						
Ingresos por honorarios		\$ 4.465.545		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		\$ 4.465.545		Menos, Retefuente Otros Ingresos		\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 2.625.490		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR						
		Mayo		Abril		Base retención en la fuente a titulo de RENTA
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----		9466358106		Base retención en la fuente a titulo de ICA
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.786.218		\$ 1.786.218		Valor base IVA
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 223.300		\$ 223.300		IVA (Si es RESPONSABLE)
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 285.800		\$ 285.800		Menos Retención en la Fuente
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -		\$ 0		Menos Retencion IVA
ARL		\$ 9.400		\$ 9.400		Reteica - 8299 - SANTA MARTA
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		\$ 446.555				Pro-Hospital
Salud hasta		\$ 753.040		\$ -		Otras Retenciones
Renta Exenta 25%		\$ 30.984.458		\$ 875.000		Otras Retenciones
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 1.750.000				Otras Retenciones
Retención en la Fuente Contingente		\$				Otras Retenciones
						Descuentos de embargo (Si tiene)
						VALOR A PAGAR
						\$4.348.539,00
SON: CUATRO MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS TREINTA Y NUEVE PESOS M/CTE						
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO						
Impartir Formación de la competencia Generación de Hábitos saludables de vida,alos programas de formación asignados por coordinación Académica segúnla siguiente FICHAS # 2770867,2875190,2822581,2822578,2834668.						
Realizar plan de desarrollo curricular, por medio de las guías de aprendizajes a través de las plataformas establecidas por el CLPM.						
Registro de juicios evaluativos en la plataforma Sofía Plus, a la siguiente ficha asignada. # 2834668.						
Se presentan en el informe actividades realizadas en el mes objeto de cobro (SI CONTRATISTA).						
Presentación del informe de ejecución con evidencias de obligaciones ejecutadas.						
Ambiente de formación, con implementos deportivos en buen estado.						
Presentar los documentos para la legalización del pago informe mensual con, las evidencias, planilla para el pago de honorarios. de Si contratista, planilla de pago a la seguridad social y arl del mes de abril de 2024 según planilla No. 9466358106 de aportes en línea.						
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						
LIN CARLOS HENRY COSTA 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,						
RAFAEL ALFONSO YEPES CONDE INSTRUCTOR 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 JULIO RAFAEL DE JESUS DEL CASTILLO LOZANO 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 7142361		HENRY COSTA LIN CARLOS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	MANZANA 8 CASA 22 UR ANDREA CAROLINA	SANTA MARTA-MAGDALENA	4357034	Si	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-04	2024-04	83721086	9466358106	I	2024/05/16	2024/05/20	BANCO DE OCCIDENTE	4	\$520,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																			
EMPLEADO					PENSION					SALUD					CCF				
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,786,300	\$285,900			\$1,786,300	\$223,300			\$0	\$0			\$1,786,300	\$9,400	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,786,300	\$285,900			\$1,786,300	\$223,300			\$0	\$0			\$1,786,300	\$9,400	
Ciudad: SANTA MARTA Depto: MAGDALENA (1 Afiliados)					\$1,786,300	\$285,900			\$1,786,300	\$223,300			\$0	\$0			\$1,786,300	\$9,400	
1	CC 7142361	HENRY LIN	230301	30	\$1,786,300	\$285,900	EPS005	30	\$1,786,300	\$223,300	0		\$0	\$0	14-23	30	\$1,786,300	\$9,400	0
Total Afiliados(1)					\$1,786,300	\$285,900			\$1,786,300	\$223,300			\$0	\$0			\$1,786,300	\$9,400	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 7142361		HENRY COSTA LIN CARLOS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	MANZANA 8 CASA 22 UR ANDREA CAROLINA	SANTA MARTA-MAGDALENA	4357034	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2024-04	2024-04	83721086	9466358106	I	2024/05/16	2024/05/20	BANCO DE OCCIDENTE	\$520,500

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$285,900	\$1,000	\$0	\$286,900
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$285,900	\$1,000	\$0	\$286,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$9,400	\$100	\$0	\$9,500
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$9,400	\$100	\$0	\$9,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$223,300	\$800	\$0	\$224,100
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$223,300	\$800	\$0	\$224,100
TOTAL				1	\$518,600	\$1,900	\$0	\$520,500