

<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		Julio de 2024			
			Versión		MARZO 2024 - 2,24			
			ID de Proceso		55749-248365			
DATOS DEL CONTRATISTA								
Nombres y apellidos:		JORGE ANTONIO TUNAROSA CANTILLO		Banco a consignar:		BANCOLOMBIA		
Cédula de Ciudadanía		4.979.820		Tipo de cuenta:		AHORROS		
Correo electrónico:		jatunarosa@sena.edu.co		Número de Cuenta:		78192823012		
IP/N° de contacto:		3205737095		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								
N° del contrato:		5957114/2024		N° Compromiso SIIF		22124		
				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 de ENFERMERIA						
DATOS PERIODO DEL PAGO								
Del		01/07/2024		Al		31/07/2024		
Número de pago		5		Saldo Anterior del Contrato:		\$ 24.411.646		
Valor Bruto Pago:		\$ 4.465.545,00		Valor Total del Contrato:		\$ 42.273.826		
				Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 19.946.101		
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		\$ 2.599.290		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0		
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR								
		Julio		Junio		Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.599.290,00	TARIFA
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----		4554964511		Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.956.445,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.786.218		\$ 1.786.218		Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 223.300		\$ 223.300		IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 285.800		\$ 285.800		Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -		\$ 0		Menos Retencion IVA	0,00	15%
ARL III		\$ 43.600		\$ 43.600		Reteica - 8299 - SANTA MARTA	27.695,00	0,700%
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		\$ -				Pro-Hospital	89.311,00	2,000%
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		\$ 446.555				Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta \$ 753.040		\$ -				Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25% \$30.984.458		\$ 867.000					0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 3.468.000				Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		\$				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 Titula presencial programa Técnico Enfermería No de Ficha 2822578								
Programa de Formación Complementaria de Primeros Auxilios No de Ficha 3013074								
Competencia:ASISTIR EN LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA								
Resultado de aprendizaje:1. ORGANIZAR EL ENTORNO FÍSICO Y EMOCIONAL DE LA PERSONA TENIENDO EN CUENTA PRINCIPIOS								
Competencia: Asistir personas según protocolos de primer respondiente y normativa de salud								
Revisar el diseño curricular, guías de aprendizaje y material de actividades de aprendizaje del programa de formación Enfermería								
Realizar Seguimiento y control de las Inasistencias de los aprendices								
Presentar el informe de ejecución contractual - y cuenta de cobro para el pago de honorarios								
Realizar el pago de la seguridad social y ARL correspondiente al mes de junio del año en curso								
PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:								
1. Cumpli 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						JORGE ANTONIO TUNAROSA CANTILLO EL CONTRATISTA		
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO								
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:						Autorizo el presente pago. El Supervisor,		
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.						DEYBI ALONSO NIEBLES MORA 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)								



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO



DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	4979820
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	JORGE ANTONIO TUNAROSA CANTILLO	
CIUDAD/MUNICIPIO:	SANTA MARTA DEPARTAMENTO:	MAGDALENA
DIRECCIÓN:	CRA 16E 502 TELÉFONO:	6666666
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	4554964511	TIPO DE PLANILLA:
PERIODO COTIZACIÓN	MES: junio	PERIODO COTIZACIÓN
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2024	SALUD:
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/07/04	NÚMERO AUTORIZACIÓN:
		9999221232

NOVEDADES															
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT

LIQUIDACIÓN GENERAL					TOTALES	
					COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES			1	\$ 285.800
SUBTOTAL:					1	\$ 285.800
SALUD						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
800130907	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL			1	\$ 223.300
SUBTOTAL:					1	\$ 223.300
RIESGOS PROFESIONALES						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.			1	\$ 43.600
SUBTOTAL:					1	\$ 43.600

VALOR SIN MORA:	\$ 552.700
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 552.700