

<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		Setiembre de 2024	
			Versión		MARZO 2024 - 2,24	
			ID de Proceso		88427-109374	
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		01/09/2024		Al	30/09/2024	
Número de pago		7		Saldo Anterior del Contrato:	\$ 15.480.556	
Valor Bruto Pago:		\$ 4.465.545,00		Valor Total del Contrato:	\$ 42.273.826	
				Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 11.015.011	
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						
		Setiembre		Agosto		
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----		4563699241		
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.786.218		\$ 1.786.218		
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 223.300		\$ 223.300		
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 285.800		\$ 285.800		
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -		\$ 0		
ARL III		\$ 43.600		\$ 43.600		
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				
Salud hasta		\$ 753.040		\$ -		
Renta Exenta 25%		\$ 30.984.458		\$ 867.000		
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 5.202.000				
Retención en la Fuente Contingente		\$				
				Base retención en la fuente a titulo de RENTA 2.599.290,00		
				Base retención en la fuente a titulo de ICA 3.956.445,00		
				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 27.695,00 0,700%		
				- 0,00 0%		
				- 0,00 0%		
				- 0,00 0%		
				- 0,00 0%		
				Pro-Hospital 89.311,00 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 \$4.348.539,00		
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						
Competencia: MANTENIMIENTO Y RECUPERACIÓN DE LOS PATRONES FUNCIONALES COMPETENCIA						
Resultado de aprendizaje: ASISTIR A LA PERSONA EN LA RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN DE LA SALUD SEGÚN PATRÓN FUNCIONAL						
EVALUAR EL RESULTADO DE LAS ACTIVIDADES DEL PLAN DE ENFERMERÍA DELEGADAS SEGÚN PATRÓN FUNCIONAL ALTERADO Y POLÍTICA DE SEGURIDAD DE						
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						
Asisitir a reuniones convocadas por el CLPEM						
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 agosto 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

SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE										DATOS GENERALES DE LA PLANILLA									
TIPO IDENTIFICACIÓN:		CÉDULA DE CIUDADANIA		NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:		4979820		NÚMERO PLANILLA:		4563699241		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES					
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:		SANTA MARTA		DEPARTAMENTO:		JORGE ANTONIO TUNAROSA CANTILLO		PERIODO COTIZACIÓN OTROS		MES		agosto AÑO		2024					
CIUDAD/MUNICIPIO:		CRA 16E 502		TELÉFONO:		MAGDALENA		DÍAS DE MORA:		0		PERIODO COTIZACIÓN SALUD:		MES					
DIRECCIÓN:		02-INDEPENDIENTE		CLASE APORTANTE:		I-INDEPENDIENTE		FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/08/27		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9999785098					
TIPO APORTANTE:		PRIVADA		ACTIVIDAD ECONOMICA:		Actividades reguladoras y facilitadoras de la act													
TIPO EMPRESA:		ÚNICO																	
FORMA DE PRESENTACIÓN:																			
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):																			

TOTAL APORTES A PENSIÓN														
ADMINISTRADORA			No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE				EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO	
25-14	25-14 COLPENSIONES		1	\$ 285.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 285.800	\$ 0	\$ 285.800	
SUBTOTALES:											\$ 285.800	\$ 0	\$ 285.800	