SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL CHOCÓ
CENTRO DE RECURSOS NATURALES, INDUSTRIA Y BIODIVERSIDAD - SERVICIOS PRESTADOA A LA F

Código Regional	**27**
Código Centro	**952210**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**47136-323340**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	MELISSA DEL PILAR PRENS REYES	**C.C.**	43.257.515	**IP/Nº de contacto**	44519
Correo electrónico contratista:	mpprens@soysena.edu.co				

Régimen del IVA: NO RESPONSABLE **Pertenece al régimen simple de tributación?** NO **Es declarante de renta?** NO **Es Pensionado?** NO

Banco al cual consignar: BANCOLOMBIA **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** NO

Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000: NO **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 53600088617

Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2023 supera los $ 169'648.000 (debe cambiarse a responsable IVA) NO

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato: 4506771/2023 **Nº Compromiso SIIF** **3023**

Valor Total del Contrato	$ 30.345.753	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 30.345.753	**1**	**Del**	**02/02/2023**	**Al**	**28/02/2023**	**$ 3.225.730,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 27.120.023		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)

PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL DE CINCUENTA Y CUATRO (54) INSTRUCTORES PARA ORIENTAR FORMACIÓN PROFESIONAL EN EL NIVEL TITULADA, PROGRAMADA POR EL CENTRO DE RECURSOS NATURALES, INDUSTRIA Y BIODIVERSIDAD DEL CHOCÓ PARA LA VIGENCIA 2

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.225.730		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0,00%
			Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 3.225.730**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.896.418**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Febrero	Enero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**7871817199**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.290.292	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 161.300	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 206.500	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 6.800	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 806.432	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC $ 13.430.466	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $ 13.430.466	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 4.241.200	$ -	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Dependientes hasta $ 1.357.184	$ 322.573	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 632.139	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	1.896.418,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	2.857.930,00	
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 - 8551	5.716,00	0,200%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Pro Utch	32.257,00	1,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$3.187.757,00**	

SON: TRES MILLONES CIENTO OCHENTA Y SIETE MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y SIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Clases magistrales temas: etica odontológica, consultorio odontológico, equipos, ergonomia, funciones auxiliar
Actividades grupales. desarrollo de talleres temas vistos
Socialización y debates temas vistos
Demostración de equipos y unidad odontológica. Funcionalidad, cuidados, articulación.
Estudio de casos: etica odontológica
Actividad en parejas: intercambio de instrumentos en la consulta odontológica
Actividad en grupos: apropiación conceptos de equipos odontológicos
identificación de estructuras, áreas y equipos por medio de imagenes
aplicación de instrumentos de evaluación: prueba de conocimientos

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 diligenciados.

MELISSA DEL PILAR PRENS REYES
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,

YILSE ALEID RUIZ CARRILLO
INSTRUCTOR G13

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

LUIS ENRIQUE MURILLO LOPEZ
DIRECTOR REGIONAL CON FUNCIONES DE SUBDIRECTOR DE CENTRO

COOSALUD
En Pos de tu bienestar

CERTIFICA QUE

El (La) Señor(a) **MELISSA DEL PILAR PRENS REYES** identificado con **Cédula de ciudadanía** número **43257515** registra en nuestra Base de Datos en condición de: **COTIZANTE**.

Estado Afiliado:	**Activo**
IPS de atención:	**FUNDACIÓN SANTA SOFIA DE ASIS**
Categoría:	**A**
Fecha afiliación:	**23/01/2023**
Régimen:	**Contributivo**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) a **QUIEN INTERESE** , el 27 de febrero del 2023. Esta es el Reflejo de la información registrada en nuestro sistema de información hoy.

Observaciones:

- NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS
- No válido para prestación de servicios que se realiza entre IPS y EPS
- Puede consultar más detalle en nuestra página web: www.coosalud.com
- Línea permanente 24 Horas 018000515611

Cordialmente,

CARLOS ALBERTO TORRES SALAZAR
Director de Operaciones - Contributivo
afiliacionescontributivo@coosalud.com
COOSALUD EPS

COOSALUD
En Pos de tu bienestar

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

Para la atención de servicios de salud POS, el suscrito afiliado se encuentra registrado en la EPS con los siguientes datos.

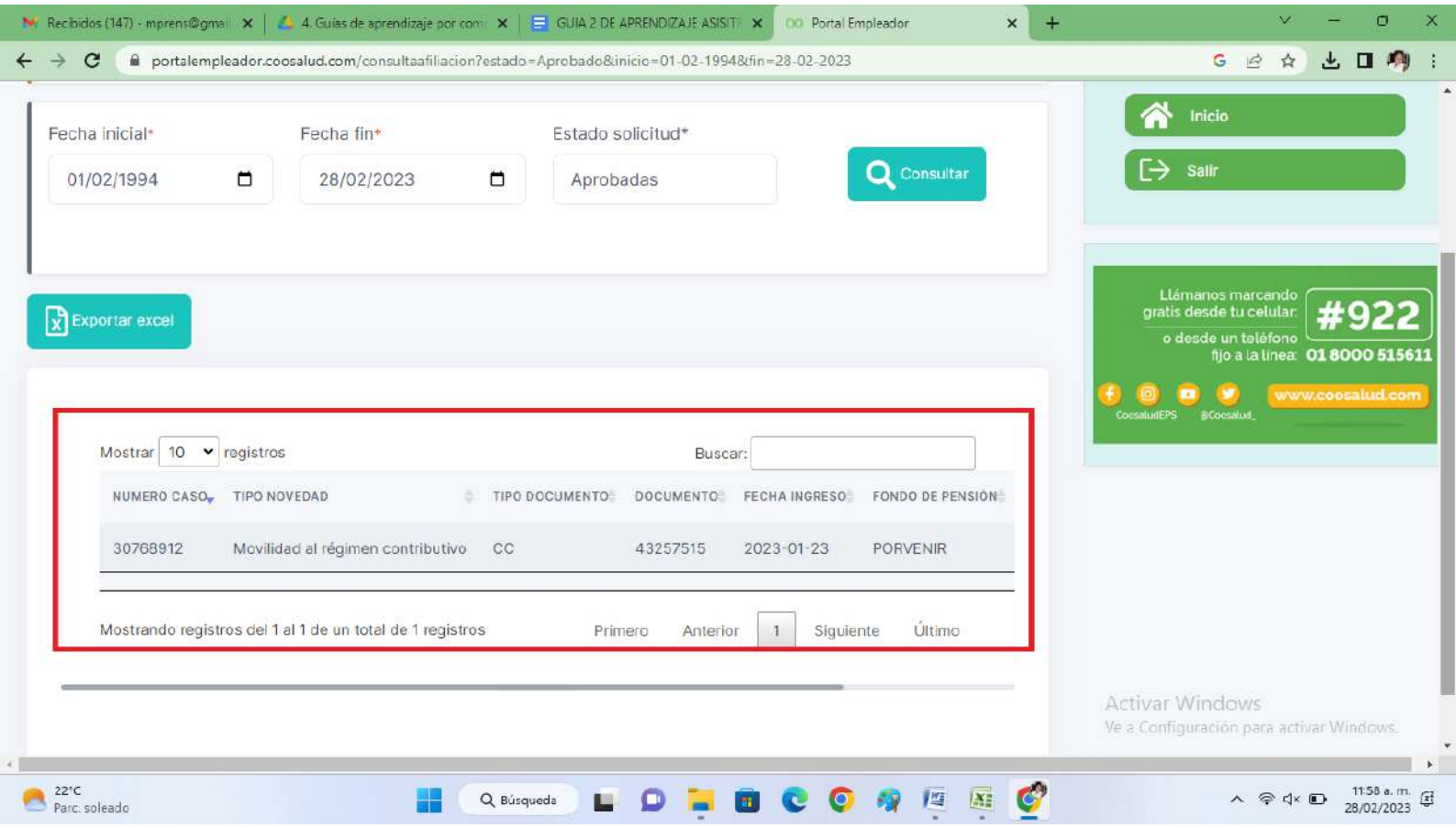
Información del Cotizante y/o Cabeza de Familia										
Tipo Ident.	**Número de Ident.**	**Nombres**	**Apellidos**	**Fecha de Afiliación**	**Departamento**	**Ciudad**	**Dirección**	**Teléfono**	**Regimen**	**Estado**
CC	43257515	MELISSA DEL PILAR	PRENS REYES	2022-02-01	CHOCÓ	QUIBDÓ	CALLE 34N18-16 BARRIO PORVENIR	3116331438	C	Activo

Informacion del Aportante				
NIT/CC	**Razon Social**	**Estado**	**Rango Cotizante**	**Fecha Vinculacion**
43257515	MELISSA DEL PILAR PRENS REYES	A	A	23/01/2023

La anterior certificación se expide y firma, a los 27 días del mes de Febrero de 2023, a solicitud del interesado y es válida hasta los 27 días del mes de Marzo de 2023

Cordialmente,

CARLOS TORRES SALAZAR
SUBDIRECTOR DE ASEGURAMIENTO NACIONAL


Recibidos (147) - mprens@gmail
4. Guías de aprendizaje por com
GUIA 2 DE APRENDIZAJE ASISTI
Portal Empleador
portalempleador.coosalud.com/consultaafiliacion?estado=Aprobado&inicio=01-02-1994&fin=28-02-2023
Fecha inicial*
01/02/1994
Fecha fin*
28/02/2023
Estado solicitud*
Aprobadas
Consultar
Inicio
Salir
Exportar excel
Llámanos marcando gratis desde tu celular:
#922
o desde un teléfono fijo a la línea:
01 8000 515611
CoosaludEPS
@Coosalud_
www.coosalud.com
Mostrar 10 registros
Buscar:
NUMERO CASO
TIPO NOVEDAD
TIPO DOCUMENTO
DOCUMENTO
FECHA INGRESO
FONDO DE PENSIÓN
30768912
Movilidad al régimen contributivo
CC
43257515
2023-01-23
PORVENIR
Mostrando registros del 1 al 1 de un total de 1 registros
Primero
Anterior
1
Siguiente
Último
Activar Windows
Ve a Configuración para activar Windows.
22°C
Parc. soleado
Búsqueda
11:58 a. m.
28/02/2023

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

MELISSA DEL PILAR PRENS REYES, identificado(a) con cédula de ciudadanía **43.257.515**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 27 de Febrero del 2023.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14435608084

(415)7707212489984(8020) 000001443560808 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
4 3 2 5 7 5 1 5	1	Impuestos y Aduanas de Quibdó	1 8	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	43257515	2000,08,16

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Antioquia 0 5	Medellín 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
PRENS	REYES	MELISSA	DEL PILAR

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Chocó 2 7	Quibdó 0 0 1

41. Dirección principal: CL 34 18 16 BRR PORVENIR

42. Correo electrónico: mprens@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	6729459	3116331438

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8622	2017,01,02						2222	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 2 2																									

22- Obligado a cumplir deberes formales a

Obligados aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2017 - 10 - 17

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre MENA HINESTROZA ISABEL DEL CARMEN

985. Cargo Gestor III

VALIDACION SIGEP

Fecha generación documento PDF: 23-01-2023 09:20:44AM

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	
	DIRECCIÓN GENERAL – SECRETARIA GENERAL -GRUPO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	
	FORMATO CONCEPTO	
	Regional	Chocó
	Centro	Despacho Regional Choco

Nombre	MELISSA DEL PILAR PRENS REYES
Tipo Examen	Examen Medico de Ingreso
Fecha Creación	2023-02-14 00:00:00

CONCEPTO

02. Apto para el cargo con patologia aparente que no limita las funciones asignadas

RECOMENDACIONES CONCEPTO

Actividad física regular, dieta baja en grasas, bajar de peso, acudir a su EPS para valoración por nutrición y ortopedia, control optometría anual, utilizar buena iluminación para trabajar en el computador, uso de dispositivos electrónicos, realizar pausas activas osteomusculares y visuales cada 2 horas. CUIDADO DE LA VOZ: evitar consumir bebidas muy frías o muy calientes, proteger via respiratoria (boca y nariz) en caso de cambios de temperatura, no carraspear, no gritar, consumir agua al clima para hidratar cuerdas vocales, realizar ejercicios de calentamiento de la voz, evitar exposición a polvo, humo de fogón de leña o cigarrillo durante la jornada laboral

RESTRICCIONES CONCEPTO

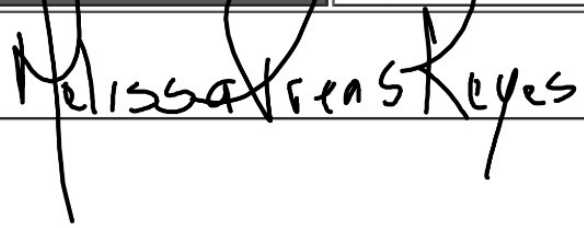
SIN RESTRICCIONES

REQUIERE EXÁMENES ADICIONALES

PSICOLOGICO	No	GENERAL	No
ESPECIALISTA	Si	ADICIONAL	No

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Certifico que he sido informado amplia y suficientemente acerca de lo que trata y la finalidad que tiene ésta consulta medica o psicológica y que han sido respondidas a satisfacción todas las preguntas que he tenido acerca de la misma. Autorizo al profesional medico o psicólogo asignado por la institución para que me sea realizado el presente examen medico o psicológico. Certifico que la información por mi brindada durante esta consulta medica o psicológica es completa, veraz y que no he omitido información sobre mis antecedentes médicos o psicológicos, ni de mi actual estado de salud que pueda llegar a derivar en riesgos para mi salud y en particular con relación al desarrollo de mi trabajo, así mismo autorizo a los profesionales del área médica o psicológica del Servicio Nacional de Aprendizaje para tener acceso y consulta a la información aquí contenida dentro del marco de la confidencialidad medica y psicológica, para su utilización con fines de seguimiento, análisis y planeación de acciones de salud dentro de los programas de salud ocupacional que la entidad considere se requieran. Refiero entender lo escrito en este consentimiento informado y de forma voluntaria firmo a continuación el presente documento en señal de aceptación:

Aspirante o Trabajador		Medico o Psicólogo	
Nombre	MELISSA DEL PILAR PRENS REYES	Nombre	Farith Consuelo Murillo Castaño
			

Firma		Firma	
No. Indentificación	43257515	Sello	

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	43257515
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MELISSA DEL PILAR PRENS REYES
CIUDAD/MUNICIPIO:	QUIBDO	DEPARTAMENTO:	CHOCO
DIRECCIÓN:	CALLE 34 N 18-16 PORVENIR	TELÉFONO:	6723387
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:	**7871817199**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	enero	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	enero
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2023	SALUD:	AÑO:	2023
DÍAS DE MORA:		21			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2023/02/27	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1939365917

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	$ 50.800
SUBTOTAL:			1	**$ 50.800**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900226715	ESSC24	ESSC24-COOSALUD ESS	1	$ 39.700
SUBTOTAL:			1	**$ 39.700**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 1.800
SUBTOTAL:			1	**$ 1.800**

TOTAL PAGADO:	**$ 92.300**