

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL MAGDALENA CENTRO DE LOGISTICA Y PROMOCION ECOTURI		Código Regional	47	
			Código Centro	952910	
			Fecha Elaboración	Febrero de 2024	
			Versión	ENERO 2024 - 1,24	
		ID de Proceso	11111-515989		
DATOS DEL CONTRATISTA					
Nombres y apellidos contratista:		EUGENIA MARGARITA OSORIO DIAZ		C.C.	26.719.689
Correo electrónico contratista:		euosorio@sena.edu.co		IP/N° de contacto	3008011860
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
				N° Cuenta	45015313728
		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					
N° del contrato:		5759295/2024		N° Compromiso SIIF	2524
Valor Total del Contrato		\$ 48.079.035		N° Pago	2
Saldo Anterior del Contrato		\$ 46.739.371		Periodo objeto de pago	
Nuevo Saldo del Contrato		\$ 42.273.826		Del	01/02/2024
				Al	29/02/2024
				Legalización comisiones del periodo	\$ 0,00
OBJETO CONTRACTUAL:		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.			
(Descripción del servicio prestado)					
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Ingresos por honorarios		\$ 4.465.545		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		\$ 1.339.664		Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO		\$ 5.805.209		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 3.691.432			
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR					
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		Febrero		Enero	
		-----		4538964127	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.786.218		\$ 1.300.000	Base retención en la fuente a titulo de RENTA
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 223.300		\$ 162.500	Base retención en la fuente a titulo de ICA
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 285.800		\$ 208.000	Valor base IVA
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -		\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)
ARL		\$ 43.600		\$ 31.700	Menos Retención en la Fuente
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ -		\$ -	Menos Retencion IVA
\$ 1.451.302		\$ -		\$ -	Reteica - 8299
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		\$ -		\$ -	
\$ 14.903.916		\$ -		\$ -	Pro-Hospital
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		\$ -		\$ -	Otras Retenciones
Intereses Prestamo de Vivienda		\$ -		\$ -	Otras Retenciones
\$ 4.706.500		\$ -		\$ -	Otras Retenciones
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 185.600		\$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 145.000		\$ -	Descuentos de Libranza
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 28.300		\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene)
Dependientes hasta		\$ 1.506.080		\$ -	
Salud hasta		\$ 753.040		\$ -	
Renta Exenta 25%		\$ 3.098.445		\$ 1.230.477	
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					
ÁREA TITULADA :Impartir formación profesional integral en el área de: Programa: Técnico en ENFERMERÍA No de Ficha 2822573 Competencia: procedimiento de diagnostico Individual Resultado de aprendizaje :Realizar toma de pruebas diagnósticas según delegación, prescripción médica y protocolos vigentes. Evaluar alteraciones implementadas en los procedimientos de diagnóstico individual Realizar Seguimiento y control de las Inasistencias de los aprendices Revisar el diseño curricular, guías de aprendizaje y material de actividades de aprendizaje del programa de formación Enfermería 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 enero del año en curso					
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.					
EUGENIA MARGARITA OSORIO DIAZ 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,					
CARLOS ALFONSO MARTINEZ FLOREZ INSTRUCTOR					
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 WILLIAM DE JESUS SALCEDO CUAO SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)					

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	26719689
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			EUGENIA MARGARITA OSORIO DIAZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	SANTA MARTA	DEPARTAMENTO:	MAGDALENA
DIRECCIÓN:	MNZ 4 CASA 16 URB-ACODIS	TELÉFONO:	4304545
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA									
NÚMERO PLANILLA:		4538964127		TIPO DE PLANILLA:				I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN OTROS		MES		PERIODO COTIZACIÓN SALUD:		MES		2024	
DÍAS DE MORA:		enero AÑO		2024		enero AÑO			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/02/15		NÚMERO AUTORIZACIÓN:				9997711377	

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
230201	230201- PROTECCION	1	\$ 208.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 208.000	\$ 0	\$ 208.000
SUBTOTALES:										\$ 208.000	\$ 0	\$ 208.000

TOTAL APORTES A SALUD																
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 162.500		\$ 0		\$ 0	\$ 162.500	\$ 0	\$ 162.500
SUBTOTALES:													\$ 162.500	\$ 0	\$ 0	\$ 162.500

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 31.700	\$ 31.700	\$ 0	\$ 0	\$ 31.700
SUBTOTALES:									\$ 31.700	\$ 0	\$ 0	\$ 31.700

[illegible]

TOTAL	\$ 402.200
--------------	-------------------