

 <p>SENA SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</p>	DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR (POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES)		Código Regional	66
	REGIONAL RISARALDA		Código Centro	930810
	CENTRO DE COMERCIO Y DE SERVICIOS-RISARALDA		Fecha Elaboración	1 Setiembre de 2022
	Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Versión	MAYO 2022 - 2,22
	Resolución DIAN N° 18764024257695 autoriza desde 360,001 hasta 750,000 (Enero 18 de 2022)		ID de Proceso	43526-429606
			No. de documento	531654

DATOS DEL CONTRATISTA			
Nombres y apellidos contratista:	ROBINSON MOSQUERA MACHADO	C.C.	1.088.307.258
Correo electrónico contratista:	rmosquera_1993@outlook.com	IP/N° de contacto	3232426536
Régimen del IVA:	☐ NO RESPONSABLE	Pertenece al régimen simple de tributación?	☐ NO
		Es declarante de renta?	☐ SI
		Es Pensionado?	☐ NO
Sus ingresos en el 2021 fueron iguales o superiores	☐ NO	Inducción SST	☐ SI
		Presta Servicios Excluidos de IVA ?	☐ SI
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA	Tipo de cta	AHORROS
		N° Cuenta	85149787751
Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato?	☐ NO	Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2022 supera los \$ 125'413.200	☐ NO

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO			
N° del contrato:	3464981/2022	N° Compromiso SIIF	100922
Valor Total del Contrato	\$ 17.940.000	N ° Pago	1
Saldo Anterior del Contrato	\$ 17.940.000	Periodo objeto de pago	Del 05/08/2022 Al 31/08/2022
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 14.430.000	Legalización comisiones del periodo	\$ 0,00

OBJETO CONTRACTUAL:			
(Descripción del servicio prestado)			
INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA ORIENTAR FORMACIÓN PROFESIONAL PROGRAMADA POR EL CENTRO COMERCIO Y SERVICIOS EN LA RED PEDAGOGÍA, EN EL ÁREA DERECHOS FUNDAMENTALES EN EL TRABAJO EN VIGENCIA 2022. RAD. 9-2022-006435			

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Ingresos por honorarios	\$ 3.510.000	Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°	0,00%
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 3.510.000	Menos, ReteFuente Otros Ingresos	\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 2.332.350	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR			
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	Agosto	Julio	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.404.000	\$ 0	Valor Base retención en la fuente
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 175.500	\$ 0	Valor Base retención en la fuente ICA
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 224.700	\$ 0	Valor base IVA
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)
ARL	\$ 7.400	\$ 0	Menos Retención en la Fuente
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -		Menos Retención IVA
Aportes voluntarios a cuentas AFC	\$ -		Reteica - 8299
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.522.064	\$ -		
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.800.400	\$ -		Otras Retenciones
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones
Dependientes hasta \$ 1.216.128	\$ -		Descuentos de Libranza
Salud hasta \$ 608.064	\$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)
Renta Exenta 25% \$ 9.120.960	\$ 777.450		VALOR A PAGAR
Retención en la Fuente Contingente	\$ -		\$ 3.503.780,00

SON: TRES MILLONES QUINIENTOS TRES MIL SETECIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE	
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO	
<p>Se oriento formación profesional en las fichas: FICHA No.2502415 Asesoría comercial, FICHA No. 2501574 Técnico integración de operaciones logísticas, FICHA No. 2622948 Complementaria en derechos fundamentales para el trabajo. la competencia que se trabajo fue Ejercer Derechos Fundamentales del Trabajo en el marco de la constitución política y los Convenios internacionales.</p> <p>RAP: valorar la importancia de la ciudadana laboral con base en el estudio de los derechos humanos y fundamentales en el trabajo.</p> <p>Se recibio induccion al proceso de formacion, SENA Sofia Plus y plataforma Territorium. Finalmente se realizo el curso de SST y manual de discapacidad. la formación se realizo en el municipio de Pereira.</p>	

<p>PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:</p> <p>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.</p>	<p>ROBINSON MOSQUERA MACHADO EL CONTRATISTA</p>
---	--

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO	
<p>En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:</p> <p>1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;</p> <p>2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;</p> <p>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.</p>	<p>Autorizo el presente pago. El Supervisor,</p> <p>JOSE ROGELIO BAENA GOMEZ INSTRUCTOR</p>

<p>Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:</p> <p>EL ORDENADOR DEL PAGO</p>
--

<p>ANDRES GOMEZ CALDERON SUBDIRECTOR DE CENTRO G02</p>

SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.
NIT 805.001.157 - 2
CERTIFICA:

El(la) señor(a) **ROBINSON MOSQUERA MACHADO**, identificado(a) con CC 1088307258 se encuentra afiliado(a) en el Plan de Beneficios en Salud P.B.S. en la EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. E.P.S., con fecha de última afiliación: 01/02/2020 y su estado de Afiliación a la fecha de generación este certificado es: **ACTIVO** por el Régimen **SUBSIDIADO**, en calidad de **CABEZA DE FAMILIA**

Su grupo familiar es:

Tipo de Documento	Número de documento	Nombre del afiliado	Estado de afiliación
CC	1088307258	ROBINSON MOSQUERA MACHADO	VIGENTE

Relación del histórico de afiliación y días pagados a la EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A en el último año.

Tipo doc	Número de documento	Nombre del Cotizante	Tipo ID Empleador	NúmeroID Empleador	Razón Social	Período Cotización	Días Cotizados
CC	1088307258	ROBINSON MOSQUERA MACHADO	NI	890700148	COMFENALCO TOLIMA	2021/09	30
CC	1088307258	ROBINSON MOSQUERA MACHADO	CC	1088307258	ROBINSON MOSQUERA MACHADO	2021/10	3
CC	1088307258	ROBINSON MOSQUERA MACHADO	CC	1088307258	ROBINSON MOSQUERA MACHADO	2021/10	27
CC	1088307258	ROBINSON MOSQUERA MACHADO	NI	890700148	COMFENALCO TOLIMA	2021/10	30
CC	1088307258	ROBINSON MOSQUERA MACHADO	CC	1088307258	ROBINSON MOSQUERA MACHADO	2021/11	30
CC	1088307258	ROBINSON MOSQUERA MACHADO	NI	890700148	COMFENALCO TOLIMA	2021/11	10

Para constancia de lo anterior se firma en la Ciudad de Santiago de Cali, a los TREINTA Y UN (31) días del mes de JULIO del año 2022.

Información sujeta a verificación por parte de la EPS Servicio Occidental de Salud SOS S.A, "Esta información es propiedad privada del Ministerio de Salud y Protección Social."

Este documento no es válido como autorización de servicios o traslado entre EPS.

Atentamente,

Gerencia de Experiencia al Usuario

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite A. Afiliación ☐ B. Novedad ☒		2. Tipo de Afiliación A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia ☒ - Beneficiario o afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐		3. Régimen A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐	
4. Tipo de afiliado A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐		5. Tipo de cotizante A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐		Código a registrar por la EPS <input type="text"/>	

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres Primer Apellido <u>Roberto</u> Segundo Apellido <u>Blanchard</u>		Primer Nombre <u>Roberto</u> Segundo Nombre <u></u>	
7. Tipo de documento de identidad <u>CC</u>	8. Número de documento de identidad <u>1088307218</u>	9. Sexo F ☐ M ☒	10. Fecha de nacimiento <u>30/03/1973</u>

III. DATOS COMPLEMENTARIOS
Datos personales

11. Etnia <input type="text"/>	12. Discapacidad Tipo <input type="text"/> Condición <input type="text"/>	13. Puntaje SISBÉN <input type="text"/>	14. Grupo de población especial <input type="text"/>
15. Administradora de Riesgos Laborales -ARL <u>POINHA</u>		16. Administradora de Pensiones <u>COVENIR</u>	
17. Ingreso base de cotización -IBC <u>1.400.000</u>		18. Residencia Dirección <u>MTF CSLB Calle 12</u> Teléfono fijo <u>333 2426536</u> Teléfono celular <u></u> Correo electrónico <u></u>	
Municipio/Distrito <u>Medellin</u> Zona ☒ Urbana ☐ Rural ☐		Localidad/Comuna <u>Covadonga</u> Departamento <u>Nariño</u>	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres Primer apellido <u></u> Segundo apellido <u></u>		Primer Nombre <u></u> Segundo Nombre <u></u>	
20. Tipo de documento <input type="text"/>	21. Número de documento de identidad <input type="text"/>	22. Sexo F ☐ M ☐	23. Fecha de nacimiento <u></u>

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres			
B1	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre
B2	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre
B3	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre
B4	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre
B5	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre
25. Tipo de Documento de Identidad		26. Número de documento de identidad	27. Sexo
B1			F ☐ M ☐
B2			F ☐ M ☐
B3			F ☐ M ☐
B4			F ☐ M ☐
B5			F ☐ M ☐
		28. Fecha de Nacimiento	
B1			<u></u>
B2			<u></u>
B3			<u></u>
B4			<u></u>
B5			<u></u>

Datos complementarios

29. Parentesco		30. Etnia	31. Discapacidad Tipo <input type="text"/> Condición <input type="text"/>
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			
32. Datos de residencia Municipio/Distrito <u></u> Zona ☐ Urbana ☐ Rural ☐ Departamento <u></u>		Teléfono Fijo y/o celular <u></u>	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS) <u></u>
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud -IPS <u>COOPELISAREBA</u>		Código de la IPS (a registrar por la EPS) <u>101</u>
C		
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social		36. Tipo de documento de identificación <input type="text"/>	37. Número de identificación <input type="text"/>	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) <input type="text"/>
39. Ubicación Dirección <u></u> Teléfono <u></u> Correo electrónico <u></u> Municipio/Distrito <u></u> Departamento <u></u>				

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

Página 2 de 2

☐ 1. Modificación de datos básicos de identificación. ☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación. ☐ 3. Actualización del documento de identidad. ☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios. ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código <input type="text"/> ☐ 6. Reinscripción en la EPS. ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales. ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales. ☒ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar. ☐ 10. Terminación de relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.	☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. ☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ☐ 13. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado ☐ 14. Traslado: ☐ A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen ☐ 15. Reporte de fallecimiento. ☐ 16. Reporte del trámite de protección al cesante. ☐ 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado. ☐ 18. Reporte de la calidad de Pensionado.
---	--

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación							
Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
Tipo de Documento de Identidad <input type="text"/>		Número de documento de Identidad		Sexo F ☐ M ☐		Fecha de nacimiento D D M M A A A A	
42. Fecha D D M M A A A A		43. EPS anterior		44. Motivo de traslado Código		45. Caja de Compensación Familiar o pagador de Pensiones	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

☒ 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. ☒ 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción ☒ 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios. ☒ 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una institución prestadora de servicios de salud. ☒ 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. ☒ 51. Autorización para que la EPS reporte información que se genere de la afiliación o del reporte de no novedades o la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. ☒ 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. ☒ 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensaje de texto.	54. Cotizante, cabeza de familia o beneficiario
---	---

VIII. FIRMAS

54. Cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio.
---	--

IX. ANEXOS

☐ 56. Anexo copia del documento de identidad: CN RC TI CC PA CE CD SC Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: <input type="text"/>	☐ 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. ☐ 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. ☐ 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. ☐ 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. ☐ 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. ☐ 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres. ☐ 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la superintendencia nacional de salud. ☐ 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. ☐ 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.
---	---

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del Municipio Código del departamento		67. Datos del SISBÉN Número de ficha Puntaje Nivel		68. Fecha de radicación D D M M A A A A	
69. Fecha de Validación D D M M A A A A		70. Datos del funcionario que realiza la validación			
Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre	
Tipo documento de identidad		Número del documento de identidad		71. Firma del funcionario	

OBSERVACIONES:

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

— AFILIADO —

FT-GEC-AF-008

