

 <p>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</p>	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-CHOCÓ		Código Regional 27 Código Centro 952210 Fecha Elaboración Febrero de 2023 Versión ENERO 2023 - 1,23 ID de Proceso 37861-286723
	DATOS DEL CONTRATISTA		
	Nombres y apellidos contratista: LEIDY FARLEY PEREZ MOSQUERA Correo electrónico contratista: leidyfarley1@hotmail.com		C.C. 1.077.454.066 IP/N° de contacto 3106927025
	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 Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a \$53'206.000: NO
Inducción SST SI Presta Servicios Excluidos de IVA ? NO Tipo de cta AHORROS N° Cuenta 91244098903		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: 4552712/2023 Valor Total del Contrato \$ 21.005.820 Saldo Anterior del Contrato \$ 21.005.820 Nuevo Saldo del Contrato \$ 19.488.733		N° Compromiso SIIF 7523 Periodo objeto de pago Del 14/02/2023 Al 28/02/2023 Legalización comisiones del periodo \$ 0,00	
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL DE 22 INSTRUCTORES, PARA ORIENTAR LA FORMACIÓN PROFESIONAL EN EL NIVEL COMPLEMENTARIA VICTIMA, EN EL CENTRO DE RECURSOS NATURALES, INDUSTRIA Y BIODIVERSIDAD DE LA REGIONAL CHOCÓ DURANTE LA VIGENCIA 20	
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Ingresos por honorarios \$ 1.517.087 Ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ 0 TOTAL INGRESOS DEL PERIODO \$ 1.517.087 BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 885.290		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383° 0,00% Retencion en la Fuente del Periodo \$ 0 Menos, Retefuente Otros Ingresos \$ 0 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 ----- Ingreso Base de Cotización - IBC \$ 1.160.000 Aporte obligatorio a seguridad social salud \$ 145.000 Aporte obligatorio a seguridad social Pensión \$ 185.600 Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional \$ - ARL \$ 6.100 Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias \$ 8.835.833 \$ 379.271 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 Salud hasta \$ 678.592 Renta Exenta 25% \$ 2.792.123 Retención en la Fuente Contingente \$ -		Febrero 4484232769 Enero Base retención en la fuente a titulo de RENTA 885.290,00 Base retención en la fuente a titulo de ICA 1.186.487,00 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 2.373,00 0,200% - 0,00 - 0,00 - 0,00 Otras Retenciones 0,00 0,000% Pro Utch 15.171,00 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 \$1.499.543,00	
SON: UN MILLÓN CUATROCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS CUARENTA Y TRES PESOS M/CTE			
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO			
Durante la presente vigencia se desarrollaron las siguientes actividades: Concertacion de la formacion con aprendices de Quibdo Se seleccionó como estrategia de enseñanza, " clases magistrales donde el instructor comparte la información con respecto al tema Ademas de la realizacion de Talleres Teórico-Prácticos realizados en el ambiente con orientaciones personalizadas y grupales para identificar los Conocimientos sobre ATENCIÓN PARA LA PRIMERA INFANCIA. Elaborar material didáctico para promover el desarrollo infantil, Crear escenarios pedagógicos con principios participativos. Promover la comunicación de los niños y niñas en diferentes ambientes Se asociaron los aprendices en sofia plus.			
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.		LEIDY FARLEY PEREZ MOSQUERA 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			



LA EPS COMFACHOCO EPS

CERTIFICA:

Que el (la) señor(a): LEIDY FARLEY PEREZ MOSQUERA

Identificación : CC 1077454066

Tipo de Afiliado: Cotizante

Tipo Cotizante: Independiente

Municipio: QUIBDO

Categoría: A

IPS Asignada ESE HOSPITAL LOCAL ISMAEL ROLDAN VALENCIA

IPS Farmacia

IPS PYP

IPS Odontología

Fecha de Retiro:

Estado: ACTIVO

Fecha de Movilidad: 11/01/2023

Regimen: **CONTRIBUTIVO**

INFORMACIÓN DEL APORTANTE

<i>Documento del Aportante</i>	<i>Razon Social</i>	<i>Fecha Inicio</i>
1077454066	LEIDY FARLEY PEREZ MOSQUERA	11/01/2023

INFORMACIÓN COTIZANTES BENEFICIARIOS Y ADICIONALES

<i>Identificación</i>	<i>Nombre</i>	<i>Fecha Movilidad</i>	<i>Estado</i>	<i>Tipo</i>	<i>Fecha Retiro</i>
-----------------------	---------------	------------------------	---------------	-------------	---------------------

Observaciones: En constancia de lo anterior se suscribe , el día 27 de febrero de 2023.

NOTA: La presente certificación carece de validez si presenta enmendaduras. Válida por veinte (20) días hábiles.

USUARIO WEB SERVICE CERTIFICACION
ASISTENTE OUTSOURCING
COMFACHOCO EPS

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **LEIDY FARLEY PEREZ MOSQUERA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1077454066**, se encuentra afiliado/a desde **14/01/2022** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 27 de febrero de 2023.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

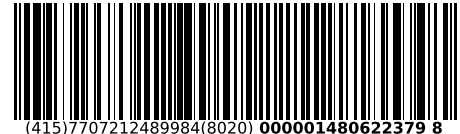
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

VIGILADO

2. Concepto Actualización

4. Número de formulario

14806223798



(415)7707212489984(8020) 000001480622379 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 7 7 4 5 4 0 6 6

6. DV

5

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Quibdó

14. Buzón electrónico

1 8

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

2

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

1 0 7 7 4 5 4 0 6 6

27. Fecha expedición

2 0 1 0, 0 7, 1 2

Lugar de expedición

28. País

COLOMBIA

1 6 9

29. Departamento

Chocó

2 7

30. Ciudad/Municipio

Quibdó

0 0 1

31. Primer apellido

PEREZ

32. Segundo apellido

MOSQUERA

33. Primer nombre

LEIDY

34. Otros nombres

FARLEY

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Chocó

2 7

40. Ciudad/Municipio

Quibdó

0 0 1

41. Dirección principal

CR 4 AC 21 - 24

42. Correo electrónico

leidyfarley1@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 1 0 6 9 2 7 0 2 5

45. Teléfono 2

3 1 2 7 3 5 3 4 7 4

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

8 6 9 2

47. Fecha inicio actividad

2 0 1 9, 1 1, 0 4

Actividad secundaria

48. Código

8 6 9 9

49. Fecha inicio actividad

2 0 1 9, 1 1, 0 4

Otras actividades

50. Código

1

2

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 5 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

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

DOCUMENTO SIN CERTIFICADO

Obligados aduaneros

54. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 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

2022 - 01 - 15 / 01 : 34: 10

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 PEREZ MOSQUERA LEIDY FARLEY

985. Cargo CONTRIBUYENTE



**SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA****DIRECCIÓN GENERAL – SECRETARÍA GENERAL -GRUPO DE
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO****FORMATO CONCEPTO****Regional**

Chocó

CentroCentro de Recursos Naturales,
Industria y Biodiversidad**Nombre**

LEIDY FARLEY PEREZ MOSQUERA

Tipo Examen

Examen Medico de Ingreso

Fecha**Creación**

2023-02-20 00:00:00

CONCEPTO

01. Apto para el cargo sin patologia aparente

RECOMENDACIONES CONCEPTO

Actividad física regular, dieta baja en grasas, 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 vía 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

No

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**Nombre**LEIDY FARLEY
PEREZ MOSQUERA**Medico o Psicólogo****Nombre**Farith Consuelo Murillo
CastañoFirmado digitalmente por
FARITH CONSUELO
MURILLO CASTAÑO
Fecha: 2023.02.21 20:25:05
-05'00'

Firma		Firma	
No. Indentificación	1077454066	Sello	RM 27-0264 LIC SO 27-211

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL



DATOS GENERALES DEL APORTANTE										DATOS GENERALES DE LA PLANILLA									
TIPO IDENTIFICACIÓN:		CEDULA DE CIUDADANIA		NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:		1077454066		NÚMERO PLANILLA:		4484232769		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES					
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:		LEIDY FARLEY PEREZ MOSQUERA		DEPARTAMENTO:		CHOCO		PERIODO COTIZACIÓN OTROS		MES		enero AÑO		2023					
CIUDAD/MUNICIPIO:		QUIBDO		TELÉFONO:		6708383		DÍAS DE MORA:		0		PERIODO COTIZACIÓN SALUD:		MES					
DIRECCIÓN:		BARRIO KENNEDY		CLASE APORTANTE:		I-INDEPENDIENTE		FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2023/02/09		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9993258335					
TIPO APORTANTE:		02-INDEPENDIENTE		ACTIVIDAD ECONOMICA:		Comercio al por mayor de computadores, equipo per													
TIPO EMPRESA:		PRIVADA																	
FORMA DE PRESENTACIÓN:		ÚNICO																	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):						NO													