SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL DISTRITO CAPITAL
CENTRO DE GESTION INDUSTRIAL -BTA D C - SERVICIOS PRESTADOS A LA FORMACION

Código Regional	**11**
Código Centro	**921110**
Fecha Elaboración	**Marzo de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**46728-840308**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	JUAN PABLO PUENTES LEON	**C.C.**	1.073.239.868	**IP/Nº de contacto**	13567
Correo electrónico contratista:	juan.puentesleon@gmail.com				

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** 13854761174

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: 4545506/2023 **Nº Compromiso SIIF** **5823**

Valor Total del Contrato	$ 19.549.400	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 16.068.000	**2**	**Del**	**01/03/2023**	**Al**	**31/03/2023**	**$ 4.017.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 12.051.000		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

Prestar los servicios profesionales de carácter temporal, para impartir formación profesional integral, según programación establecida en los diferentes niveles de formación de acuerdo a las competencias requeridas en cada uno de los programas de titulada y/o complementaria y demàs actividades derivadas de formaciòn que se le asignen , aplicando las metodologías y criterios técnico

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.017.000		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	3,75%
			Retencion en la Fuente del Periodo	$ 188.088
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 3.481.400			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 7.498.400**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 5.019.075**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 188.088**

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

	Marzo	**Febrero**
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**66279572**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.606.800	$ 1.392.560
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 200.900	$ 174.100
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 257.100	$ 222.900
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 16.800	$ 14.600
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 / $ 1.874.600	$ -	
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	$ 186.100	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 145.400	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 12.300	
Dependientes hasta $ 1.357.184	$ -	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 1.673.025	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	5.019.075,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.559.000,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	188.088,00	3,75%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299	34.380,00	0,966%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
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	**$3.794.532,00**	

SON: TRES MILLONES SETECIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS TREINTA Y DOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ejecucion de Formación de Fomentar practicas seguras y saludables en los ambientes de trabajo II en el grupo 84TGGSSTD
Ejecución de Formación de Fomentar practicas seguras y saludables en los ambientes de trabajo II en el grupo 86TGGSSTD
Ejecución de la formación de Reducir las causas y efectos de emergencias II en el grupo 27TGGSSSTN

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.

JUAN PABLO PUENTES LEON
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,

OSCAR BARRERA HURTADO
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

MONICA ANDRADE RIOS
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

Se certifica que **JUAN PABLO PUENTES LEON**, identificada con **CC** número **1073239868**, aportó por el empleado **JUAN PABLO PUENTES LEON**, identificado(a) con **CC** número **1073239868** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **I** número **66411897** para el periodo de salud **2023-02** y pensiones **2023-02** de la siguiente forma.

TIPO	CODIGO	NOMBRE	NIT	COTIZANTE	SUBTIPO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	CLASE RIESGO	INDICA TARIFA PENSIÓN	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERACIÓN
Pensiones	231001	Colfondos	800227940	59	0															0		30	$1.606.800	0,16000			$257.100	$0	$0	Febrero - 2023	66411897	21/03/2023	N
Riesgos Laborales	14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	860011153	59	0															0		30	$1.606.800	0,01044	2		$16.800	$0	$0	Febrero - 2023	66411897	21/03/2023	N
Salud	EPS005	Sanitas EPS	800251440	59	0															0		30	$1.606.800	0,12500			$200.900	$0	$0	Febrero - 2023	66411897	21/03/2023	N

PAGADA

El presente certificado se expide a los 20 días del mes Marzo de 2023

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

compensar | miplanilla.com

REPORTE RESUMEN DE PAGO

Información básica de la planilla

Empresa:	JUAN PABLO PUENTES LEON	**NIT:**	1073239868
Tipo Planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones:**	febrero 2023
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	febrero 2023
Número de Radicación:	66411897	**Total a pagar:**	$477,200
Fecha de vencimiento:	19/03/2023	**Total de empleados:**	1
Fecha de Pago:	21/03/2023	**Número de Administradoras:**	3

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de Pago:**	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCOLOMBIA	**Número Autorización:**	1979285104
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-23	860011153	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1		$0	$16,900
231001	800227940	Colfondos	1		$0	$258,400
EPS005	800251440	Sanitas EPS	1		$0	$201,900
						$477,200

***Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**

Le informamos que el pago de la planilla No. 66411897, fue posterior a la fecha límite establecida en el Decreto 1670 de 2007. Sin embargo, para las administradoras el recibir el aporte no implica que esté aceptando o se esté allanando a la mora, ya que la Ley establece la obligatoriedad de recibirlo, al igual que para los empleadores y aportantes la obligación de cotizar oportunamente, lo que permite el reconocimiento de las prestaciones económicas (Incapacidades, Licencias de Maternidad y Paternidad), evitando además, el recobro al empleador o trabajador independiente de los servicios prestados durante el periodo de pago extemporáneo.

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Nit. 900388069-8
Licencia: 5461 de 30/11/2020
PBX: 9261915
Dirección: Cra 47 No. 91 – 39 Interior 1, **Bogotá**
www.gomezasociadosltda.com

CONCEPTO DE APTITUD

Paciente: JUAN PABLO PUENTES LEON
Sexo: M Fecha de Nacimiento: 1993-01-22 Edad: 30 A
Dirección
Empresa: PARTICULAR
Empresa en misión: PARTICULAR
Actividad económica:

Identificación: CC 1073239868
Teléfono:



EVALUACION OCUPACIONAL REALIZADA

Examen Médico Ingreso con Énfasis Cardiovascular y Osteomuscular

Orden No.: 00379799 Fecha apertura: 20230313 13:56:20
Fecha cierre: 20230313 14:56:38
Realizado en: Santa Fe de Bogotá

Cargo u Oficio: INSTRUCTOR

Hacemos constar que hemos realizado examen médico ocupacional al trabajador y de acuerdo a la Resolución 2346 de 2007 y la Resolución 1918 de 2009, la custodia y reserva de la historia clínica ocupacional y, en general, los documentos, exámenes o valoraciones clínicas o paraclínicas que allí reposen son estrictamente confidenciales y será responsabilidad de nuestra institución. Esta estará disponible para las fines legales pertinentes.

EXAMENES REALIZADOS

PULSOXIMETRIA,HEMOGRAMA TIPO IV,GLICEMIA,EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL (ENFASIS OSTEOMUSCULAR),PRUEBA PSICO - SENSOMETRICA ,OPTOMETRIA,PERFIL LIPIDICO

RECOMENDACIONES LABORALES

1. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
2. MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLE
3. ADECUADA HIGIENE POSTURAL Y PAUTAS DE AUTOCUIDADO
4. CONTROLES POR OPTOMETRIA

RECOMENDACION EN OPTOMETRIA

Control Optometrico Periodico.

RESTRICCIONES LABORALES

CONCEPTO DE APTITUD: SIN RESTRICCION PARA EL CARGO

Firma del medico especialista en Salud Ocupacional
Nombre: XIMENA ALEXANDRA VALBUENA CAMACHO
Especialidad: ESPECIALISTA EN GERENCIA DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
Licencia S.O.: 12721 DE 29-09-2021 Registro No.: 1090466816

Firma del Paciente
Tipo y No. Id: CC 1073239868