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 GESTIÓN DE MERCADOS, LOGISTICA Y TECNOLOGIAS DE LA INFORMACIÓN- BTÁ D.C.

Código Regional	**11**
Código Centro	**921110**
Fecha Elaboración	**Abril de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**47495-994038**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	PAOLA ANDREA RAMOS GUERRERO	**C.C.**	1.032.446.919	**IP/Nº de contacto**	1868633
Correo electrónico contratista:	paramos91@misena.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** 38811664127

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:	4547508/2023			**Nº Compromiso SIIF**	**17523**
Valor Total del Contrato	$ 15.398.500	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**		**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 12.051.000	**2**	**Del** 01/04/2023	**Al** 30/04/2023	**$ 4.017.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 8.034.000		Legalización comisiones del periodo	$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: PSP, PARA IMPARTIR FPI, SEGÚN PROG ESTABLECIDA EN LOS DIF NIVS DE FORMACIÓN DE ACUERDO A LAS COMPETENCIAS REQ EN C/U DE LOS PROGS DE TITULADA/COMPLEMENTARIA Y DEMÀS ACTIVIDADES DERIVADAS DE FORMACIÒN QUE SE LE ASIGNEN

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.017.000		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	**$ 4.017.000**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.662.950**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Abril	Marzo
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**67019150**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.606.800	$ 1.339.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 200.900	$ 167.400
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 257.100	$ 214.300
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 8.400	$ 7.000
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 / $ 1.004.250	$ -	
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	$ 887.650	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.662.950,00	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	0,00	0,00%
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	**$3.982.620,00**	

SON: TRES MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA Y DOS MIL SEISCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ob 1.Acompañar y Asesorar en forma permanente e integral a los aprendices en el proceso de formación por proyectos durante la vigencia del contrato.
Ob 2.Presentar los reportes de evaluaciones de los aprendices y demás informes dentro de los plazos estipulados por el Centro para tal efecto.
Ob 4.Presentar en forma mensual a la Coordinación Académica y supervisor de contratos el reporte de ejecución de actividades, registrando las novedades sucedidas en el periodo académico que afectaron la ejecución de la programación académica mínim

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.

PAOLA ANDREA RAMOS GUERRERO
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

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1032446919	PAOLA ANDREA RAMOS GUERRERO	Cra 96 c # 22h-30	7497301	paola.ramosg@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-03	2023-03	I	13/04/2023	67019150	$390.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	167.400	0		0		0	3	700	0	168.100	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	214.300	0	0	0	0	3	800	0	215.100	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	7.000				7.000	3	100	7.100			70	7.100	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	167.400	168.100
Pensión	1	214.300	215.100
Riesgos Laborales	1	7.000	7.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	388.700	390.300

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1032446919	PAOLA ANDREA RAMOS GUERRERO	Cra 96 c # 22h-30	7497301	paola.ramosg@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-03	2023-03	I	13/04/2023	67019150	$390.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1032446919	RAMOS GUERRERO PAOLA ANDREA	59	0			N	X																230201	1.339.000	214.300	0	0	0	0	EPS005	1.339.000	167.400	14-23	1.339.000	1	7.000		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

CERTIFICADO OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR

Fecha de impresión 25/01/2022 12.02 PM

FECHA DE EXAMEN: 2022-01-25 08:45:44 **Tipo del Examen:** INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR



DATOS DE INSTITUCION

Nombre:	OMAR RIVERA MEDICINA ALTERNATIVA/LABORAL	**Nit**	900938062-8
Dirección	Calle 24 a No. 74 a 25	**Teléfonos**	749 8166 - 316 423 1347
e-mail	info@ipsomarrivera.com		

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	PAOLA ANDREA RAMOS GUERRERO						
Identificación	CC	1032446919	**Edad**	30 Años	**Sexo**	F	
Estado Civil	Soltero (a)	**Escolaridad**	Profesional		**Fecha de Nacimiento**	21/10/1991	
Lugar de Nacimiento	BOGOTA	**Dirección**	CRA 96 C 22 H 30		**Estrato**	3	
Procedencia	**Departamento**	Bogotá, D.C.	**Municipio**	Bogotá, D.C.	**Teléfonos**	3195682411	
Grupo Sanguineo	O +						
ARL	NO REFIERE						
EPS	SANITAS E.P.S. S.A.						

DATOS EMPRESA

Razón social	PARTICULAR	**Fecha Ingreso**	NO APLICA
Cargo	CONTRATISTA	**Sede**	NO APLICA
Area		**Jornada de trabajo**	DIURNO
Acciones que realiza durante el trabajo	OTRO		
Postura habitual durante el trabajo	NO REFIERE		

EXAMENES REALIZADOS

Examen Medico Ocupacional Con Enfasis Osteomuscular: NORMAL	Examen Optometria: ALTERADO	Examen Audiometria: NORMAL
CUADRO HEMATICO SISTEMATIZADO	GLICEMIA PRE	PERFIL LIPIDICO

CONCEPTO DE APTITUD

CONCEPTO DE APTITUD	Apto sin restricciones	APTO CON ENFASIS CARDIOVASCULAR Y PSICOMETRICO.

RECOMENDACIONES	ESTILOS DE VIDA SALUDABLES. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL.CONTROL ANUAL POR OPTOMETRÍA, USO DE CORRECCION VISUAL PERMANENTE, REQUIERE ACTUALIZAR FORMULA VISUAL POR EPS. REALIZAR PAUSAS DE HIGIENE VISUAL. CUIDADOS AUDITIVOS, CONTROL AUDITIVO ANUAL. VALORACION NUTRICIÓN EPS. (CONTROL DE PESO).CONTINUAR CON PROTOCOLO Y USO DE MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD.
REMISIONES	VALORACION NUTRICION EPS. OPTOMETRIA EPS.

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL
RECOMENDACIONES MEDICAS
REMISION EPS
INGRESO AL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA
HIGIENE POSTURAL
SALUD VISUAL
CARDIOVASCULAR

"El examinado certifica que no omitió dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud y que toda la información expresada en este documento es cierta" Igualmente, el paciente de manera libre y autónoma, consciente y autoriza a OMAR RIVERA MENJURA MEDICINA ALTERNATIVA MEDICINA LABORAL S.A.S, para que realice los procedimientos pertinentes

Dr. Omar Rivera Menjura
Esp. Salud Ocupacional
RM. 3206 L.S.O. 4059 S.D.S.

OMAR AUDREY RIVERA MENJURA*
C.C 79456937 RM: RM 3206 LSO 4059 04/19
Firma y sello del Médico Evaluador

PAOLA ANDREA RAMOS GUERRERO
C.C 1032446919
Firma del trabajador Evaluado