SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL ANTIOQUIA
CENTRO DE TECNOLOGIA DE LA MANOFACTURA AVANZADA-ANTIOQUIA

Código Regional	**5**
Código Centro	**920410**
Fecha Elaboración	**Abril de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**41500-821588**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	MATEO MARTINEZ GONZALEZ	**C.C.**	1.037.599.954	**IP/Nº de contacto**	43402
Correo electrónico contratista:	mmartinezg@sena.edu.co				

Régimen del IVA: NO RESPONSABLE **Pertenece al régimen simple de tributación?** NO **Es declarante de renta?** SI **Es Pensionado?** NO

Banco al cual consignar: BANCOLOMBIA **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** SI

Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000: NO **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 26733194463

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: 4803147/2023 **Nº Compromiso SIIF** **34723**

Valor Total del Contrato	$ 35.232.738	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 34.823.055	**2**	**Del**	**01/04/2023**	**Al**	**30/04/2023**	**$ 4.096.830,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 30.726.225		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: CONTRATAR LA PRESTACIÒN DE SERVICIOS PERSONALES PARA PLANEAR Y ORIENTAR FORMACIÒN PROFESIONAL INTGRAL TITULADA MEDIANTE LA MODALIDAD PRESENCIAL COMO INSTRUCTOR TEMPORAL EN EL ÀREA MEDIA TÈCNICA EN LAS QUE SE REQUIERA SUPLIR LA NECESIDAD

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.096.830		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0,00%
			Retencion en la Fuente del Periodo	$ 1.639
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 409.683			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 4.506.513**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 1.639
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.413.622**		**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	----------	**62700127**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.638.732	$ 1.160.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 204.900	$ 145.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 262.200	$ 185.600
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL III	$ 40.000	$ 28.300
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 / $ 1.126.628	$ -	
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	$ 185.600	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 145.000	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Dependientes hasta $ 1.357.184	$ 450.651	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 804.541	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.413.622,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.629.730,00	
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	0,00	0,400%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Jaime Isaza Cadavid	16.387,00	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	**$4.080.443,00**	

SON: CUATRO MILLONES OCHENTA MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y TRES PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ver anexo informe de actividades correspondientes al mes de marzo de 2023, que reposa en el expediente contractual.

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.

MATEO MARTINEZ GONZALEZ
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,

JOHN ALONSO MONSALVE JARAMILLO
INSTRUCTOR G20

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

JAIME ANDRES LONDOÑO MEJIA
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

Transacción Aprobada

Su planilla ha sido enviada y pagada con éxito. Por favor imprima este comprobante como soporte del envío y pago de su planilla.

ARUS®
Tecnología + Información + Conocimiento

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900089104-5
Razón Social del Operador de Información	ARUS (antes Enlace Operativo)
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2023-04-17, 09:10:45 AM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	marzo de 2023
Periodo de Cotización Para Salud	marzo de 2023
Empresa	MATEO MARTINEZ GONZALEZ
CEDULA CIUDADANIA	CC 1037599954
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	62700127
Tipo de Planilla	N
Número Transacción Bancaria/ CUS	2028531107
Banco	(1007) - BANCOLOMBIA
Valor	$ 28.300
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	www.suaporte.com.co

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N860011153	14-23	ARP - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1	$ 28.300	$ 0
		SubTotales:		$ 28.300	$ 0
		Total a Pagar:			$ 28.300

ARUS, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77. Línea Ética: 018000 517806.

ARUS (antes Enlace Operativo) no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

EXPERTOS en PILA

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900089104-5
Razón Social del Operador de Información	ARUS (antes Enlace Operativo)
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2023-04-03, 10:36:10 AM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	marzo de 2023
Periodo de Cotización Para Salud	marzo de 2023
Empresa	MATEO MARTINEZ GONZALEZ
CEDULA CIUDADANIA	CC 1037599954
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	62348543
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	2004522485
Banco	(1007) - BANCOLOMBIA
Valor	$ 330.600
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.0.19.58

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	$ 185.600	$ 0
N800088702	EPS010	EPS SURA	1	$ 145.000	$ 0
		SubTotales:		$ 330.600	$ 0
		Total a Pagar:			$ 330.600

ARUS, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77. Línea Ética: 018000 517806.

ARUS (antes Enlace Operativo) no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

Medellín, Abril 30 de 2023

Señores
Grupo Administración de Salarios (para funcionarios de Digeneral)
Grupo de Apoyo Administrativo Mixto o Gestión de Talento Humano (para las Regionales) Servicio Nacional de Aprendizaje SENA
Ciudad

Asunto: Solicitud deducible retención en fuente por dependientes

Estimados señores:

Con la presente solicito que de acuerdo con el Articulo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el Artículo 2º. Párrafo 3ro. del Decreto 099 del 2013, se tenga en cuenta como deducible de mis ingresos brutos provenientes de la relación laboral por el concepto de dependientes, los cuales relaciono a continuación:

Apellidos y Nombre	**Documento Identidad**	**Calidad del Dependiente** **1. Hijos menores 18 años.** **2. Hijos estudiantes entre 18 y 23 años.** **3. Hijos mayores a 18 años con dependencia por factores físicos o psicológicos.** **4. Cónyuge con ingresos inferiores a 260 UVT o dependencia por factores físicos o psicológicos.** **5. Padres o hermanos con ingresos inferiores a 260 UVT o dependencia por factores físicos o psicológicos.**
Martinez Pérez Juan Guillermo	15306359	**Padres o hermanos con ingresos inferiores a 260 UVT o dependencia por factores físicos o psicológicos.**

Certifico bajo la gravedad de juramento la información consignada en esta solicitud y me comprometo a enviar solicitud de revocación de aplicación del deducible por dependientes en el caso en que cesen las condiciones que dan origen a esta solicitud.

Cordialmente,



Mateo Martínez González
C.C. No. 1037599954 de Envigado Antioquia

Anexo: Relación de documentos que anexa el trabajador.

- Registro civil de nacimiento ____
- Certificado de estudios. ____
- Certificado contador público. _X___
- Certificado medicina legal. ____

LINA MARIA TELLEZ GRAJALES
CONTADOR PÚBLICO
ESPECIALISTA EN GESTION TRIBUTARIA Y ADUANERA
UNIVERSIDAD LIBRE DE PEREIRA.



CERTIFICA QUE:

El Señor: JUAN GUILLERMO MARTÍNEZ PÉREZ
Identificado con cedula de ciudadanía **No 15.306.359**

Se encuentra en situación de dependencia económica por ausencia de ingresos para su manutención; y que estos recursos son proporcionados por su hijo el señor **MATEO MARTINEZ GONZALEZ Identificado** con cedula de ciudadanía **No 1.037.599.954.**

Los ingresos del señor **MATEO MARTÍNEZ GONZÁLEZ** provienen del ejercicio de su profesión*

*Información suministrada por el señor **MATEO MARTINEZ GONZALEZ**.

Medellín, Marzo 31 de 2023.

Cordialmente,

LINA MARIA TELLEZ GRAJALES
Cedula No 30.392.700 de Manizales.
TEL 313-6089843

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **15.306.359**

MARTINEZ PEREZ

APELLIDOS

JUAN GUILLERMO

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **14-DIC-1959**

ANDES
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60	O+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

16-AGO-1978 CAUCASIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-0108800-00164549-M-0015306359-20090728 0013991144A 1 24578792

Sistema de Inventarios ISA
Bienvenido al sistema de Toma de Inventarios!!

Registros | Perfil | Cerrar Sesión

Módulo Toma Virtual de Inventarios

Generar nueva planilla | Generar nueva planilla múltiple

Mostrar 10 filas

Buscar:

Número de planilla de Inventario	Cédula	Regional	Centro	Total registros	Registros verificados	Costo total	Fecha	Acciones
Ningún dato disponible en esta tabla								

Mostrando registros del 0 al 0 de un total de 0 registros

Anterior | Siguiente

JUAN GUILLERMO CALVACHE GIRALDO, Médico Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo
MEDICINA ESPECIALIZADA - RESOLUCIÓN LICENCIA MÉDICA S.S.T. S2019060149072 - C.C. Monterrey, Oficina 702, Cel: 315 472 6760

CERTIFICADO INTEGRAL DE APTITUD OCUPACIONAL

INFORMACIÓN PERSONAL

NOMBRES Y APELLIDOS: MATEO MARTÍNEZ GONZÁLEZ — EDAD: 33 AÑOS — FECHA: 19 de ABR de 2023

IDENTIFICACIÓN:1.037.599.954 — EPS: SURA — AFP: COLPENSIONES — ARL: POSITIVA — TEL.: 312 692 6636

CARGO: DOCENTE

EMPRESA: INDEPENDIENTE — HORA: 7:54 A.M.

TIPO DE EXAMEN SOLICITADO

INGRESO LABORAL	X	REINGRESO		PERIÓDICO OCUPAC		RETIRO LABORAL		POST INCAPACIDAD	
MANIPULADORES ALIMENTOS		OSTEOMUSCULAR		VINCULACIÓN		RENOVACIÓN CONTRATO		REUBICACIÓN	

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN RESTRICCIONES PARA EL DESEMPEÑO DEL OFICIO ASIGNADO	X	REMITIDO (A)	

DIAGNÓSTICO INTEGRAL DE SALUD DE ACUERDO CON EL PERFIL DEL CARGO

		DIAGNÓSTICOS Y OBSERVACIONES
X	CLINICAMENTE SANO (A)	
X	SIN SECUELAS POR ACCIDENTES DE TRABAJO	
X	SIN SECUELAS POR ENFERMEDAD PROFESIONAL	
X	LLEVAR PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA SEGÚN RIESGOS	
X	NO PRESENTA SIGNOS O SÍNTOMAS COMPATIBLES CON COVID - 19	
	CON ENFERMEDAD COMÚN QUE NO AFECTA EL DESEMPEÑO LABORAL	
	CON ENFERMEDAD COMÚN QUE AFECTA O LIMITA EL DESEMPEÑO LABORAL	
	CONTROL DE AUDIOMETRÍA CLÍNICA CADA SEIS MESES	
	UTILIZAR DOBLE PROTECCIÓN AUDITIVA (Orejeras + Silicona)	
	REFIERE ACOSO LABORAL EN LA EMPRESA	
X	REQUIERE LENTES PARA LABORAR	
	REQUIERE BAJAR DE PESO	

RECOMENDACIONES Y/O RESTRICCIONES ESPECÍFICAS DE ACUERDO CON EL OFICIO A DESEMPEÑAR

X	COMPLETAR ESQUEMA DE VACUNACIÓN ANTITETÁNICA - CINCO DOSIS	PRESENTAR CARNÉ DE VACUNACIÓN ACTUALIZADO
	COMPLETAR ESQUEMA DE VACUNACIÓN ANTI HEPATITIS B -TRES DOSIS	MEDIRSE ANTICUERPOS CONTRA ANTIGENO SUPERFICIE HEPATITIS B
	PRESENTA SECUELAS POR ACCIDENTES DE TRABAJO	
	PRESENTA **PRESUNTA** ENFERMEDAD PROFESIONAL	
	SE SUGIERE ESTUDIO DEL PUESTO DE TRABAJO PARA DOCUMENTAR RIESGO	
	NO PUEDE LABORAR EN ALTURAS / TRABAJAR A MENOS DE 1,5 METROS	
	TIENE RESTRICCIÓN PARA MANIPULAR CARGAS PESADAS, MÁXIMO Kg	
	NO PUEDE MANIPULAR ALIMENTOS	
	REQUIERE OTRAS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS	
	REQUIERE CONTROL PERIÓDICO CON ESPECIALISTA EN LA E.P.S	

EXÁMENES CLÍNICOS Y PARACLÍNICOS: D: Derecho, I: Izquierdo, B: Bilateral, N: Normal, A: Alterado.

ANÁLISIS OPTOMÉTRICO	**ALTERACIÓN REFRACTIVA CORREGIDA**		B	COLUMNA CERVICAL		COLUMNA D-L	
PERFIL PSICOLÓGICO	**NORMAL**	X	ALTERADO		MIEMBROS SUPERIORES		MIEMBROS INFERIORES	
ÉNFASIS CARDIOVASCULAR	NORMAL		ALTERADO		HOMBRO		CADERA	
OSTEOMUSCULAR	**NORMAL**	X	ALTERADO		CODO		RODILLA	
A.M.A.	**NORMAL**	X	ALTERADO		MANOS		PIES	

LABORATORIO CLÍNICO = N: Normal, A: Alterado, P: Post-tratamiento

CUADRO HEMÁTICO		**GLICEMIA**	N	TRIGLICÉRIDOS		E. COLI EN MANOS		CITOQCO DE ORINA	
COLESTEROL TOTAL		HDL		LDL		PIRETROIDES		COLINESTERASAS	
FROTIS FARINGEO		KOH UÑAS		COPROLÓGICO		PERFIL HEPÁTICO		PERFIL RENAL	

REQUIERE REMISIÓN A: E: EPS A: ARL P: AFP

MEDICINA GENERAL		DERMATOLOGÍA		ORTOPEDIA		MEDICINA INTERNA		FISIATRÍA/REHABILITAC	
CIRUGÍA GENERAL		OTORRINO		NEUROLOGÍA		OFTALM-OPTOMETRÍA		ALERGOLOGÍA	
ODONTOLOGÍA		NUTRICIONISTA		PSIQUIATRÍA		OTRA ESPECIALIDAD		CALIFICACIÓN PCL ARL	

RECOMENDACIONES GENERALES PREVENTIVAS

1. Implementar el programa de pausas activas con ejercicios de al menos 5 minutos por cada hora de trabajo. Incluye oficios en COMPUTADOR.
2. La carga compacta máx.para mujeres es de 12,5 kg. y 25 kg. en hombres, en hombros máx.20 kg. mujeres y 50 kg. hombres (Res.2400/79. arts. 390 y 392).
3. Realizar programas periódicos de inducción y reinducción a todos los trabajadores e implementar programas de capacitación preventiva.
4. Cualquier sospecha de enfermedad profesional o presunto accidente trabajo debe ser reportado obligatoriamente a la A.R.L.
5. Verificar que la exigencia de la labor no exija sobreesfuerzos físicos o mentales que superen las capacidades del trabajador.
6. Para minimizar el riesgo sicosocial se debe brindar un trato humano y digno (Ley de acoso laboral: 1010 de 2006; Res. 734 de 2006).
7. Es obligatoria la investigación y notificación perentoria de accidentes de trabajo graves (Resolución 1401 de 2007).

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Previamente a este examen he sido informado por la empresa y el médico examinador de las exigencias de Ley para su realización, por consiguiente certifico que he autorizado para que se me realice, incluyendo los exámenes de laboratorio y ayudas paraclínicas que estén establecidas para el cargo dentro del programa de salud ocupacional de la empresa, igualmente autorizo para que su contenido sirva para los diferentes Sistemas de Vigilancia Epidemiológica que estén establecidos en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa.
El examinado autoriza para que a través del médico Laboral que realiza la presente evaluación, la empresa reciba este Certificado Médico Ocupacional.
EXAMINADO Bajo la gravedad del juramento afirmo que he contestado todas las preguntas realizadas sin omitir información sobre mi historia de salud.
Así mismo, *he recibido las recomendaciones y/o restricciones sobre mi puesto de trabajo para que pueda cumplir la labor que se me ha asignado, acatando* así lo dispuesto por la resolución 2346 de 2007.

Declaro que la información suministrada al médico que practicó el presente examen ocupacional es verdadera en todas sus partes y puede ser confirmada por la empresa, acepto que cualquier engaño, error o reticencia en la información suministrada exime al médico y la empresa de cualquier tipo de responsabilidad.

Para evitar FRAUDE por suplantación, NO SE ESCANEAN O FOTOCOPIAN LAS FIRMAS.

Firmo en **original** declarándome conforme con el examen médico y los resultados paraclínicos obtenidos.

Juan Guillermo Calvache Giraldo
Médico y Cirujano UES
Especialista Gerencia Salud Ocupacional
Registro 5438 Licencia SST S2019060149072
FIRMA EN ORIGINAL DEL MÉDICO Y LIC. S.S.T. S2019060149072

Mateo Martínez González
NOMBRE LEGIBLE DEL TRABAJADOR Y C.C. 1.037.599.954

HUELLA DIGITAL IV-2023

Como reponsables de la custodia de la **HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL** (Res. 1918 de 2009) y los demás documentos que la conforman, se expide el presente **CERTIFICADO INTEGRAL DE APTITUD OCUPACIONAL** manteniendo en nuestros archivos los respectivos documentos que certifican el estado de salud del trabajador, preservando así el uso adecuado de la información médica.