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 INDUSTRIAL- BTÁ D.C.

Código Regional	**11**
Código Centro	**921110**
Fecha Elaboración	**Mayo de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**85145-335938**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	JAVIER ANTONIO IBAÑEZ LUGO	**C.C.**	79.128.743	**IP/Nº de contacto**	3115319092
Correo electrónico contratista:	jaibanez@sena.udu.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: BANCO CAJA SOCIAL **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** 24107643917

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: 4886278/2023 **Nº Compromiso SIIF** **26723**

Valor Total del Contrato	$ 10.712.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 10.042.500	**2**	**Del**	**01/05/2023**	**Al**	**31/05/2023**	**$ 2.008.500,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 8.034.000		Legalización comisiones del periodo			$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: 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 formación que se le asignen , aplicando las metodologías

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.008.500		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	**$ 2.008.500**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.237.200**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Mayo	Abril
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**67343421**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.160.000	$ 1.160.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 145.000	$ 145.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 185.600	$ 185.600
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL III	$ 28.300	$ 28.300
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 502.125	$ -	
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	$ 412.400	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	1.237.200,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	1.677.900,00	
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	16.209,00	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	**$1.992.291,00**	

SON: UN MILLÓN NOVECIENTOS NOVENTA Y DOS MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y UN PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Alistamiento para la formación días 2,10,17,24,y 29/05/2023, total horas 12
Participación comité de valoración de Etapa Productiva 17/05/2023 10:50-13:10
Grupó - Ficha 31TGQIN-2340016, CGI, TOR406, 03/05/2023 18:00-19:30 Reunión orientación aprendices sin Etapa Productiva
Grupo - Ficha 31TGQIN-2340016, días 08,15,23, y 29/05/2023 16:00 - 18:00 seguimiento Etapa Productiva forma virtual
Grupó - Ficha 32TGQIN-2453314, CGI, TOC401, días 03,24/05/2023 20:00-21:30 Clase Presencial
Grupó - Ficha 32TGQIN-2453314, CGI, TOC401, días 04,05,11,18,19,25,26/05/2023 18:00-21:30 Clase Presencial
Grupó - Ficha 32TGQIN-2453314, días 10,17,31/05/2023 20:00-21:30 Clase Virtual
Grupó - Ficha 32TGQIN-2453314, días 12/05/2023 18:00-21:30 Clase Virtual

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.

JAVIER ANTONIO IBAÑEZ LUGO
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

REPORTE RESUMEN DE PAGO

Información básica de la planilla

Empresa:	JAVIER ANTONIO IBAÑEZ LUGO	**NIT:**	79128743
Tipo Planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones:**	abril 2023
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	abril 2023
Número de Radicación:	67343421	**Total a pagar:**	$343,700
Fecha de vencimiento:	11/05/2023	**Total de empleados:**	1
Fecha de Pago:	04/05/2023	**Número de Administradoras:**	4

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:	NEQUI	**Número Autorización:**	2061480926
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
14-11	890903790	ARL SURA	1		$0	$6,100
230301	800224808	Porvenir	1		$0	$185,600
CCF24	860066942	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1		$0	$7,000
EPS008	860066942	Compensar EPS	1		$0	$145,000
						$343,700

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

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

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



ACCIONAR SALUD IPS S.A.S
NIT: 900409631-1

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL
Certificado de aptitud: 79128743-97756

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha y Lugar:	13/05/2023 - CHIA	**Tipo de Examen:**	INGRESO
Paciente:	JAVIER ANTONIO IBAÑEZ LUGO	**Identificación:**	79128743
Género	MASCULINO **Edad:** 56	**Teléfono**	**Móvil:** 3115319092
Fecha Nacimiento:	2/09/1966	**Cargo:**	INSTRUCTOR
Estado Civil:	CASADO(A)	**EPS:**	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
Dirección	CRA 15 N°15-105 CASA CS20	**ARL:**	SURA
Escolaridad:	MAESTRIA	**AFP:**	PORVENIR S.A.
Empresa	PARTICULAR -		

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

TEST DE PSICOLOGÍA - WARTEG	PRUEBA REALIZADA
OPTOMETRIA	CONTROL ANUAL Y CAMBIO DE CORRECCION OPTICA
MEDICINA OCUPACIONAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, INDICACIONES NUTRICIONALES, ACTIVIDAD FISICA 3 VECES POR SEMANA
PERFIL LIPIDICO	PROCESADO
GLICEMIA	PROCESADO
CUADRO HEMÁTICO (HEMOGRAMA)	PROCESADO

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

APTO SIN RESTRICCIONES PARA ACTIVIDAD LABORAL

Observaciones: TEST DE PSICOLOGÍA - WARTEG: APROBADO.

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		

Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)

VISUAL	PPyP

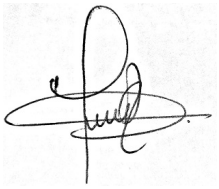
Información de Remisiones

NO

'En la fecha, Yo, mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, actuando sin presiones de ninguna índole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que SI he recibido toda la información pertinente acerca de los exámenes clínicos y paraclínicos que me van a ser practicados, incluidas las posibles complicaciones que puedan generarse, y que SI he tenido ocasión de preguntar y resolver todas mis inquietudes al respecto.

De conformidad plena y teniendo en cuenta lo anteriormente expresado SI autorizo a ACCIONAR SALUD IPS SAS para realizarme los exámenes clínicos y paraclínicos solicitados por mi empleador o entidad remitente, para realizar la toma de muestras de sangre y otros fluidos corporales; y a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el Informe de Condiciones de Salud que será entregado a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda.

En cumplimiento a lo dispuesto en la Ley Estatutaria 1581 del 17 de octubre de 2012, autorizo a ACCIONAR SALUD IPS SAS para que hagan uso de mis datos personales existentes en su base de datos, para fines de apertura y registro de historia clínica y anexos pertinentes.'



ALINA MAYLIN ROMERO CUELLO





JAVIER ANTONIO IBAÑEZ LUGO 79128743

Firma y cédula del Paciente

000787/2019 32780565

Médico Especialista en Salud Laboral