SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL GUAJIRA
CENTRO AGROEMPESARIAL Y ACUICOLA-GUAJIRA

Código Regional	**44**
Código Centro	**952410**
Fecha Elaboración	**Mayo de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**73826-098006**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: DIVIER JESUS DIAZ MARZAL
Correo electrónico contratista: djdiazm@misena.edu.co
C.C. 1.121.329.063 **IP/Nº de contacto** 53815

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

Banco al cual consignar: DAVIVIENDA **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** 256800056051

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: 4617832/2023 **Nº Compromiso SIIF** 61623

Valor Total del Contrato	$ 13.441.500	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**			**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 8.961.000	**3**	**Del**	**01/05/2023**	**Al** 31/05/2023	**$ 2.987.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 5.974.000		Legalización comisiones del periodo		$ 0,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR - PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL DE ARTESANOS TÉCNICOS TECNÓLOGOS Y/O PROFESIONALES QUE SE DESEMPEÑEN COMO INSTRUCTORES EN LOS PROGRAMAS DE FORMACIÓN TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA EN LAS DIFERENTES MODALIDADES DE FORMA

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.987.000		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	**$ 2.987.000**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.756.050**		**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	----------	**26083738**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.194.800	$ 1.194.800
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 149.400	$ 149.400
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 191.200	$ 191.200
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 6.300	$ 6.300
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 $ 746.750	$ -	
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	$ 298.700	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 585.350	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	1.756.050,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	2.646.400,00	
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 - 8544	0,00	0,000%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Estampilla Prouniversidad de la Gua	59.740,00	2,000%
Estampilla Prodesarrollo Fronterizo	14.935,00	0,500%
Estampilla Prodesarrollo Dptal	59.740,00	2,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$2.852.585,00**	

SON: DOS MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL QUINIENTOS OCHENTA Y CINCO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

FICHA: 2766309 COMP Cualidades Fisicas En El Entrenamiento Deportivo Sabados y Domingos 8:00- 16:00 48 Horas Ejecutadas
FICHA: 2613119- TCO Asistencia Administrativa Lunes Miercoles Y Sabasos 16:00- 8:00 12 Horas Ejecutdas
FICHA: 2558109- TCO Sistemas Lunes- Viernes 10:00- 12:00 18 Horas Ejecutadas
FICHA: 2620710–TCO Gestión Integrada De La Calidad, Medio Ambiente Martes Viernes 4:00-8:00 36 Horas Ejecutadas
FICHA: 2502765- TCO Gestión De Recursos Naturales Lunes- Viernes 10:00- 12:00 10 Horas Ejecutadas
FICHA: 2746553- TCO Ejecución Musical Con Instrumentos Funcionales Lunes- Viernes 12:00-14:00 18 Horas Ejecutadas
FICHA: 2671686 - TCO Asistencia Administrativa Lunes- Viernes 10:00-12:00 14 Horas ejecutadas

TOTAL DE 156,00 HORAS ACADEMICAS EJECUTADAS EN EL MES DE MAYO

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.

DIVIER JESUS DIAZ MARZAL
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,

HEINER BRITO GAMEZ
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

CARLOS ENRIQUE PARDO ANDRADE
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL :	DIVIER JESUS DIAZ MARZAL
IDENTIFICACION:	CC-1121329063
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACION REPORTE:	2023-05-04
FECHA LIMITE DE PAGO:	2023-05-15
FECHA DE PAGO:	2023-05-04
ENTIDAD DE PAGO:	BANCOLOMBIA
PERIODO PENSION:	2023-04
PERIODO SALUD:	2023-04
NUMERO PLANILLA:	26083738
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	26083738
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	$ 1.194.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 149.400	$ 149.400
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 1.194.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 191.200	$ 191.200
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 1.194.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 6.300	$ 6.300
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 346.900	$ 346.900

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	15/06/2023

	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
	DIRECCIÓN GENERAL – SECRETARIA GENERAL -GRUPO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
	FORMATO CONCEPTO
Regional	Guajira
Centro	Centro Agroempresarial Y Acuícola

Nombre	DIVIER JESUS DIAZ MARZAL
Tipo Examen	Otros
Fecha Creación	2023-04-20 00:00:00

CONCEPTO
Apto
RECOMENDACIONES CONCEPTO
USO DE EPP, PAUSAS ACTIVAS, EJERCICIO FISICO, DIETA BALANCEADA, MANTENERSE EN EL PESO ADECUADO, CUMPLIR PROTOCOLOS DE BIOSEURIDAD, HIGIENE POSTURAL, MEDIDAS DE AUTOCUIDADO.
RESTRICCIONES CONCEPTO
NINGUNA

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		Medico o Psicólogo	
Nombre	DIVIER JESUS DIAZ MARZAL	Nombre	Irina Maria Correa Goenaga
			
Firma		Firma	
No. Indentificación	1121329063	Sello	