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	**Febrero de 2024**
Versión	**ENERO 2024 - 1,24**
ID de Proceso	**94862-128313**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	LEONEL VILLAMIL MENDOZA	**C.C.**	19.346.633	**IP/Nº de contacto**	3002023902
Correo electrónico contratista:	leonelvillamilm@misena.edu.co				

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

Banco al cual consignar: BANCO DE BOGOTA **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** NO

Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000: SI **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** .022015093

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: 5779123/2024 **Nº Compromiso SIIF** **3624**

Valor Total del Contrato	$ 47.930.183	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 47.930.183	**1**	**Del**	**22/01/2024**	**Al**	**31/01/2024**	**$ 1.339.664,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 46.590.519		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 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 pedagógicos establecidos por el

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 1.339.664		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	**$ 1.339.664**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 877.773**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Enero	Diciembre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**28436634**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.300.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 162.500	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 0	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 6.800	$ 0
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 9.805.208 $ 334.916	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC $ 14.903.916	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $ 14.903.916	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 4.706.500	$ -	
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 $ 1.506.080	$ -	
Salud hasta $ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25% $ 3.098.445	$ 292.591	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	877.773,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	1.177.164,00	
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	11.371,00	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	**$1.328.293,00**	

SON: UN MILLÓN TRESCIENTOS VEINTIOCHO MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y TRES PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

DEFINIR LAS HERRAMIENTAS PARA AUTOMATIZACIÓN Y CONTROL DE PROCESOS DE ACUERDO CON LAS ESPECIFICACIONES DEL PRODUCTO
ETAPA PRODUCTIVA
CHEQUEAR EL LAZO DE CONTROL DE ACUERDO CON EL PROCEDIMIENTO TÉCNICO

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.

LEONEL VILLAMIL MENDOZA
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,

MARIA CECILIA PEREZ COY
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)

Hace constar:

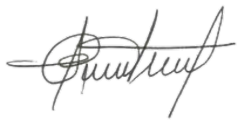
Que el Sr(a) LEONEL VILLAMIL MENDOZA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 19346633 realizó el día 02/02/2024 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

La presente constancia tiene validez para aplicación y uso al interior de la entidad, con el fin de dar cumplimiento al Decreto 1072 de 2015, Libro 2, Parte 2, Título 4, Capítulo 6, Articulo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo LEONEL VILLAMIL MENDOZA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 19346633 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

1. Procurar el cuidado integral de mi salud.
2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumiré su costo.
3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.
4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.
5. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.
6. Informar oportunamente a los contratantes toda novedad derivada de mi contrato.



Firma

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL :	LEONEL VILLAMIL MENDOZA
IDENTIFICACION:	CC-19346633
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2024-01-19
FECHA LIMITE DE PAGO:	2024-01-10
FECHA DE PAGO:	2024-01-22
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DAVIVIENDA
PERIODO PENSION:	2023-12
PERIODO SALUD:	2023-12
NUMERO PLANILLA:	28436634
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	28436634
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS010	800088702	EPS SURA	1	$ 1.606.800	$ 0	$ 0	$ 2.200	$ 200.900	$ 203.100
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 1.606.800	$ 0	$ 0	$ 100	$ 8.400	$ 8.500
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 2.300	$ 209.300	$ 211.600

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	10/01/2024

EPS

sura

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS SURAMERICANA S.A. en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **LEONEL VILLAMIL MENDOZA** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **19346633** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 19346633
NOMBRES Y APELLIDOS	LEONEL VILLAMIL MENDOZA
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	01/05/2019
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	240
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	51

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **07/02/2024**

ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14692188679

(415)7707212489984(8020) 000001469218867 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 9 3 4 6 6 3 3	7	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 9 3 4 6 6 3 3	1 9 7 7 0 6 0 1

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
VILLAMIL	MENDOZA	LEONEL	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CL 64 A 52 53 IN 5 AP 504 BRR SAN MIGUEL

42. Correo electrónico: leovillamen@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	6 3 0 4 2 6 2	3 0 0 2 0 2 3 9 0 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 5 4 3	2 0 1 6 0 1 0 1	8 5 2 3	2 0 0 6 0 3 0 1		0 0 2 0	8 2 9 9		

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	5	2 2																								

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

22- Obligado a cumplir deberes formales a

Usuarios aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2021 - 06 - 28 / 22 : 56: 29

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre VILLAMIL MENDOZA LEONEL

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

BSL NORTE

CALLE 134 # 7-83 CONS 233, TELEFONO:2177630, FAX:, BOGOTA

CERTIFICADO DE APTITUD PARA EXAMEN INGRESO

BOGOTA, Febrero 5 de 2024



NOMBRE DEL ASPIRANTE	LEONEL VILLAMIL MENDOZA
CEDULA	19346633
CARGO	INGENIERO ESPECIALISTA
HORA DE APERTURA HISTORIA CLINICA	07:36
HORA CIERRE HISTORIA CLINICA	08:00
EMPRESA CLIENTE/SUBCLIENTE	PARTICULAR BSL
EXAMENES	GLICEMIA, AUDIOMETRIA, OPTOMETRIA, EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR, TEST PSICOLOGICO
AYUDAS DIAGNOSTICAS PRACTICADAS	**GLICEMIA**:NORMAL, **AUDIOMETRIA**:NORMAL, **OPTOMETRIA**:NORMAL, **TEST PSICOLOGICO**:NORMAL

HACEMOS CONSTAR QUE, EN LA FECHA EXAMINAMOS AL TRABAJADOR, CON EL SIGUIENTE CONCEPTO FINAL, DE ACUERDO AL CARGO.

APTO (A)

Restricciones
NINGUNA

Observaciones
1. HIGIENE POSTURAL Y DE COLUMNA
2. PAUSAS ACTIVAS DE DESCANSO VISUALES Y MUSCULARES
3. EJERCICIO
4. CONTROL PERIODICO EPS MEDICINA PREVENTIVA
5. USO DE CORRECCION VISUAL
6. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

Dr Eugenio Meneses G.
Médico Salud Ocupacional
R.M. 19379168
L.S.O. 6952 / 2019

JESUS EUGENIO MENESES GONGORA
REGISTRO MEDICO NO 19379168
LICENCIA SALUD OCUPACIONAL 6952 13 DE AGOSTO DE 2019

FIRMA PACIENTE

De conformidad con lo contemplado en las resoluciones 2346 de 2007, 1918 de 2009 y 1409 de 2012, El presente documento, forma parte de la historia clínica ocupacional y su custodia y disponibilidad para los fines legales pertinentes será responsabilidad de nuestra institución.

DILIGENCIADO POR :BSL NORTE
PARA:**BIENESTAR Y SALUD LABORAL S.A.S.** Calle 134 # 7-83 cons 233, Bogotá D. C. Tel.6037468
Licencia de Salud Ocupacional No. 64 del 10-01-2017, Bogotá D. C.

.h