

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL VALLE CENTRO AGROPECUARIO DE BUGA-VALLE		Código Regional	76	
			Código Centro	912410	
			Fecha Elaboración	Febrero de 2024	
			Versión	ENERO 2024 - 1,24	
			ID de Proceso	95455-076416	
DATOS DEL CONTRATISTA					
Nombres y apellidos contratista:		DORA ALEJANDRA ALVAREZ ZULUAGA		C.C.	42.159.039
Correo electrónico contratista:		daalvarez@sena.edu.co		IP/N° de contacto	3155786178
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
				N° Cuenta	0550488419028235
		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					
N° del contrato:		5848353/2024		N° Compromiso SIIF	30724
Valor Total del Contrato		\$ 22.178.874	N° Pago	Periodo objeto de pago	
Saldo Anterior del Contrato		\$ 22.178.874	1	Del 02/02/2024 Al 29/02/2024	
Nuevo Saldo del Contrato		\$ 17.862.180		Legalización comisiones del periodo \$ 0,00	
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		INSTRUCTOR: PRESTACIÓN SERVICIOS DE CARÁCTER TEMPORAL ORIENTANDO FPI COMO INSTRUCTOR SEN A TRAVÉS DE ACCIONES REGULARES EN LAS MODALIDADES PRESENCIAL, A DISTANCIA Y/O VIRTUAL EN CUALQUIER PROGRAMA DE LOS DIFERENTES NIVELES DE FORMACIÓN DEL CAB.			
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Ingresos por honorarios		\$ 4.316.694	Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°		0,00%
Ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo		\$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO		\$ 4.316.694	Menos, Retefuente Otros Ingresos		\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 2.854.796	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR					
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		Febrero	Enero	Base retención en la fuente a título de RENTA	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.726.678	\$ 0	Base retención en la fuente a título de ICA	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 215.900	\$ 0	Valor base IVA	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 276.300	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente	
ARL II		\$ 18.100	\$ 0	Menos Retención IVA	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias \$ 9.805.208		\$ -		Reteica - 8523	
\$ 1.079.173				12.950,00	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC \$ 14.903.916		\$ -		0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$ 14.903.916		\$ -		0,00	
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 4.706.500		\$ -		0,00	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -		Pro-UCEVA	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -		21.583,00	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -		0,500%	
Dependientes hasta \$ 1.506.080		\$ -		Otras Retenciones	
Salud hasta \$ 753.040		\$ -		0,00	
Renta Exenta 25% \$ 3.098.445		\$ 951.599		Otras Retenciones	
Retención en la Fuente Contingente		\$ -		0,00	
				Otras Retenciones	
				0,00	
				Descuentos de Libranza	
				0,00	
				Descuentos de embargo (Si tiene)	
				0,00	
				VALOR A PAGAR	
				\$4.282.161,00	
SON: CUATRO MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA Y DOS MIL CIENTO SESENTA Y UN PESOS M/CTE					
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
impartir formacion aprendices en el programa de formacion presencial y con el apoyo de plataformas asistir y participar en reuniones de lo equipos de desarrollo curricular registrar mensualmente las actividades en las plataformas establecidas por la entidad realizar entrega de los informes mensuales de ejecucion en las fechas estipuladas					
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.			DORA ALEJANDRA ALVAREZ ZULUAGA EL CONTRATISTA		
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO					
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:			Autorizo el presente pago. El Supervisor,		
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.			JOSE JULIAN MOSQUERA MARTINEZ INSTRUCTOR G11		
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 ALBETH MARTINEZ VALENCIA SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)					

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN						
Periodo		Pago		Tipo	Fecha	
Pensión	Salud	Pin	Planilla	Planilla	Límite	Pago
2024-01	2024-01		28989482	I	2024/02/09	2024/02/08

PAGADO



CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) DORA ALEJANDRA ALVAREZ ZULUAGA identificado(a) con CC 42159039 se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: 01/09/2017

Estado de la Afiliación: Vigente

IPS: INSTITUTO DE DIAGNOSTICO MEDICO S.A. IDIME SA IPS 30 DE AGOSTO

Categoría: A

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 19 días del mes 2 del año 2024.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS. NO
VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Gerencia de Afiliaciones

		Formulario del Registro Único Tributario				001	
2. Concepto 0 2 Actualización				4. Número de formulario 14972070639			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 4 2 1 5 9 0 3 9				6. DV 3		12. Dirección seccional Impuestos y Aduanas de Pereira	
				14. Buzón electrónico 1 6			
IDENTIFICACIÓN							
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía		26. Número de Identificación 4 2 1 5 9 0 3 9		27. Fecha expedición 2 0 0 2, 0 9, 2 0	
Lugar de expedición 28. País COLOMBIA		29. Departamento Risaralda		30. Ciudad/Municipio Pereira		0 0 1	
31. Primer apellido ALVAREZ		32. Segundo apellido ZULUAGA		33. Primer nombre DORA		34. Otros nombres ALEJANDRA	
35. Razón social							
36. Nombre comercial							
37. Sigla							
UBICACIÓN							
38. País COLOMBIA		39. Departamento Risaralda		40. Ciudad/Municipio Pereira		0 0 1	
41. Dirección principal MZ 12 CA 13 P 2 BRR PARQUE INDUSTRIAL SEC E							
42. Correo electrónico a.alvarez.zuluaga@hotmail.com							
43. Código postal				44. Teléfono 1 3 1 5 5 7 8 6 1 7 8			
				45. Teléfono 2			
CLASIFICACIÓN							
Actividad económica				Ocupación			
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		52. Número establecimientos	
46. Código 8 5 5 1	47. Fecha inicio actividad 2 0 1 9, 0 1, 0 2	48. Código 0 0 1 0	49. Fecha inicio actividad 2 0 2 3, 0 3, 1 6	50. Código 1 2	51. Código		
Responsabilidades, Calidades y Atributos							
53. Código 4 9							
49 - No responsable de IVA							
Usuarios aduaneros				Exportadores			
54. Código				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 2024 - 02 - 01 / 18 : 41: 08	
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.				Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.			
Firma del solicitante:				Firma autorizada:			
				984. Nombre ALVAREZ ZULUAGA DORA ALEJANDRA			
				985. Cargo CONTRIBUYENTE			

**BIEN ESTAR SALUD BS S.A.S.***Para hacer del trabajo un acto digno*NIT 900.394.530-2
Calle 15 No. 4-31 Tel. 3353255 Pereira Risaralda
E-mail: bienestarsaludbs@gmail.com**CERTIFICADO MÉDICO
DE APTITUD LABORAL****INFORMACIÓN DEL PACIENTE:**Fecha: martes, 23 de enero de 2024Nombre: Dora Alejandra Alvarez Zuluaga Identificación: C.C. 42.159.039 de PEREIRA
Fecha de Nacimiento: 20 de abril de 1984 Sexo: F Edad: 39 Estado Civil: Casado (a)
Dirección: Mz 13 Cs 12 Sector E Barrio: Parque Indust Ciudad: PEREIRA
Teléfono: 3155786178 Proceso a Ejecutar: INSTRUCTORA**EXÁMENES PRACTICADOS**PARCIAL DE ORINA: SI ☒ NO ☐ VALORACION PSICOLOGICA: SI ☒ NO ☐
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL: SI ☒ NO ☐ OPTOMETRIA: SI ☒ NO ☐
PERFIL LIPIDICO: SI ☒ NO ☐ GLICEMIA: SI ☒ NO ☐
CUADRO HEMATICO: SI ☒ NO ☐**IDENTIFICACIÓN DE LA EMPRESA**Examen Ocupacional: Ingreso Nombre: Sena NIT: 899.999.034-1
Dirección: Cra 8 No 26-79 Centro Teléfono: 3107674038 Área: SENA**RESULTADO DE LA VALORACIÓN MÉDICA - EXAMEN DE INGRESO**Apto sin restricciones para el cargo: ☐ Apto con recomendaciones: ☒ Apto con restricciones: ☐ Aplazado: ☐**Diagnósticos / Observaciones:**Requiere uso de lentes permanentes en su labor. Se hace énfasis en sistemas osteomuscular, cardiovascular y neurológico, sin evidencia de alteraciones
higiene postural y visual,
uso adecuado de los elementos de protección personal
incentivar cambios saludables en estilo de vida
realizar visiometría y audiometría anual.**RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL****MÉDICAS**Remisión E.P.S.: NO Remisión A.R.L.: NO**Riesgos Ocupacionales:****Biomecánicos:** Videoterminal **Físicos:** Iluminación**RECOMENDACIONES DERIVADAS DE LA EVALUACIÓN****CHARLAS EDUCATIVAS**HIGIENE POSTURAL ☒ INDUCCIÓN ☒ ALTURAS ☐ EPP ☒ OTRAS _____**USO DE EPP**GUANTES ☐ MONOGAFAS ☐ CASCO ☐ TAPA OÍDOS ☐ TAPA BOCAS ☐ OTRAS _____CONTROLES MÉDICOS PERIÓDICOS: ☒ PAUSAS ACTIVAS: ☒CUMPLIR REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL: ☒SVE: Auditivo ☐ Visual ☒ Ergonómico ☒ Cardiovascular ☐ Psicolaboral ☐

Otros SVE:

* El trabajador examinado ha sido informado de cualquier hallazgo médico y recomendaciones médicas. La resolución 1918 de junio de 2009 del ministerio de protección social, también establece que la empresa solo puede conocer el certificado médico de ingreso del aspirante. Los documentos completos de la historia clínica ocupacional están bajo custodia y guarda, acorde con lo establecido en la resolución y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera.

** Declaro que toda la información para los registros en la historia clínica es fidedigna y que no he omitido ningún detalle sobre mi estado de salud, ha objeto de que puedan ser confirmada. He sido informado(a) a cerca de la naturaleza y los fines de los exámenes médicos ocupacionales y paraclinicos que la empresa contratante solicita. Autorizo que sean estos realizados por los médicos y profesionales de la IPS.

Dr(a). VICTOR HUGO MONRROY MURILLO

Licencia en Salud Ocupacional: _____

FIRMA TRABAJADOR EXAMINADO

Identificación: C.C. 42.159.039 de PEREIRA



Hace constar:

Que el Sr(a) DORA ALEJANDRA ALVAREZ ZULUAGA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 42159039 realizó el día 06/02/2024 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, Artículo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo DORA ALEJANDRA ALVAREZ ZULUAGA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 42159039 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

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General -



CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **DORA ALEJANDRA ALVAREZ ZULUAGA** identificado con CC No. **42159039**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	Fecha de afiliación: 01/02/2024 Fecha de inicio de cobertura: 02/02/2024 Estado Afiliación: ACTIVO Fecha de inicio de Contrato: 01/02/2024 Fecha fin de Contrato: 30/06/2024 Tipo Vinculación: TRABAJADOR INDEPENDIENTE Clase de Riesgo: 2 Cargo : PROFESORES E INSTRUCTORES DE EDUCACION ESPECIAL

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202401012507429.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 18 días del mes de febrero de 2024.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.



CERTIFICADO

**BOGOTA, D.C.,
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,**

15/02/2024

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora DORA ALEJANDRA ALVAREZ ZULUAGA** con **Cédula de Ciudadanía** número **42159039**

Posee en el banco Davivienda:

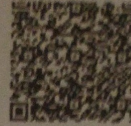
CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	0550488419028235
Fecha de apertura	03/02/2021

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

SEGURO DE CUMPLIMIENTO A FAVOR DE ENTIDADES ESTATALES
(GARANTÍA ÚNICA)



suramericana



Ciudad y Fecha de Expedición GUADALAJARA DE BUGA, 01 DE FEBRERO DE 2024	Póliza 3839422-8	Documento 15543939
Intermediario NELSON ALEXIS CHAVEZ PINO	Código 51507	Oficina 048
		Referencia de Pago 01215543939

TOMADOR

CEDULA 42159039	Razón Social y/o Nombres y Apellidos DORA ALEJANDRA ALVAREZ ZULUAGA	Ciudad CARTAGO	Teléfono 3338631
Dirección CARRERA 3 # 50 07 APTO.101			

GARANTIZADO

CEDULA 42159039	Nombres y Apellidos DORA ALEJANDRA ALVAREZ ZULUAGA
--------------------	---

BENEFICIARIO Y/O ASEGURADO

NIT 8999990341	Nombres y Apellidos SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
-------------------	---

COBERTURAS DE LA PÓLIZA

COBERTURA	FECHA INICIAL 01-FEB-2024	FECHA VENCIMIENTO 31-OCT-2024	VALOR ASEGURADO 2.232.773,00	PRIMA 28.571,00
-----------	------------------------------	----------------------------------	---------------------------------	--------------------

CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO

VIGENCIA DEL SEGURO	VIGENCIA DEL MOVIMIENTO	VL.R. PRIMA SIN IVA	VL.R. IMPUESTOS (IVA)	TOTAL A PAGAR
Desde 01-FEB-2024	Hasta 31-OCT-2024	Días 273	Desde 01-FEB-2024	Hasta 31-OCT-2024
		\$28.571	\$5.428	\$33.999

VALOR A PAGAR EN LETRAS

TREINTA Y TRES MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS M/L

Documento de: POLIZA NUEVA	Valor Asegurado Movimiento \$2.232.773	Prima Anual \$8.931	Total Valor Asegurado \$2.232.773,00
-------------------------------	---	------------------------	---

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES. FAVOR NO EFECTUAR RETENCIÓN SOBRE EL IVA
LAS PRIMAS DE SEGUROS NO ESTÁN SUJETAS A RETENCIÓN EN LA FUENTE DECRETO REGLAMENTARIO 2509/85 ART. 17. AUTORRETENEDORES RESOLUCIÓN N° 009961

101 - NEGOCIOS ESTATALES

RAMO	PRODUCTO	OFICINA	USUARIO	OPERACIÓN	MONEDA	COASEGURO	NÚMERO PÓLIZA LÍDER	DOCUMENTO COMPAÑÍA LÍDER
012	NDX	048	CUM001	01	PESO COLOMBIANO	DIRECTO		

FIRMA AUTORIZADA

FIRMA TOMADOR

PARTICIPACIÓN DE INTERMEDIARIOS

CÓDIGO	NOMBRE DEL PRODUCTOR	COMPANÍA	CATEGORÍA	%PARTICIPACIÓN	PRIMA
51507	NELSON ALEXIS CHAVEZ PINO	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.	NATURAL	100,00	28.571

DESCRIPCIÓN	Fecha a partir de la cual se utiliza	Tipo y número de la entidad	Tipo de documento	Ramo al cual accede	Identificación interna de la proforma
CÓDIGO CLAUSULADO	01/01/2017	13 - 18	P	05	F-01-12-084
CÓDIGO NOTA TÉCNICA	25/06/2017	13 - 18	NT-P	5	N-01-012-011

TEXTOS Y ACLARACIONES ANEXAS

Proceso de selección: Prestación de servicios
NRO. DE CONTRATO C01.PCCNTR.5848353.
OBJETO:

PARA EFECTOS DE CUALQUIER NOTIFICACIÓN LA
DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA ES:
CRA 12 # 5 - 62
GUADALAJARA DE BUGA
SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.

DOCUMENTO PROTEGIDO ELECTRONICAMENTE BAJO EL
CODIGO: 1835639499

SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.
NIT 890.903.407-9
RESPONSABLE DE IMPUESTOS SOBRE LAS VENTAS RÉGIMEN COMÚN

- CLIENTE -

www.suramericana.com

Página 1