SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)

REGIONAL DISTRITO CAPITAL

CENTRO DE DISEÑO METROLOGÍA- BTÁ D.C.

Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1

Código Regional	**11**
Código Centro	**921610**
Fecha Elaboración	**Marzo de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**18264-331982**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	PAOLA ANDREA VALENCIA PEÑALOZA	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	1.022.981.508	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	pavalenciap@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	76377074218
IP/Nº de contacto:	0	**Presta Servicios Excluidos de IVA:**	NO
Inducción SST:	SI	**Pertenece al régimen simple de tributación:**	NO
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta por el año gravable 2023**	SI

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	NO
Sus ingresos en el 2023 fueron iguales o superiores a $59.377.000	NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2024 es igual o superior a $188.260.000 (debe registrarse como responsable del IVA)	NO
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?	NO
Concepto del pago corresponde a:	Ninguno
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.	0,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	5888579/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**8824**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	7

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	SERVICIOS PERSONALES:PSP PARA CONTRIBUIR EN EL D/LLO DE ACCIONES DE ORIENTACIÓN OCUPACIONAL E INTERMEDIACIÓN LABORAL A LA POBLACIÓN VÍCTIMA DE LA VIOLENCIA Y VULNERABLE. ASÍ COMO APOYAR E IMPULSAR ACCIONES Y ESTRATEGIAS

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/03/2024 Al 31/03/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 21.128.800
Número de pago	**2**	**Valor Total del Contrato:**	$ 24.696.000
Valor Bruto Pago:	**$ 4.116.000,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 17.012.800

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.116.000	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 4.116.000**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.728.100**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Marzo	Febrero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**1062279321**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.646.400	$ 1.426.880
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 205.800	$ 178.400
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 263.500	$ 228.400
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 8.600	$ 7.500
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -	
Dependientes hasta		$ -	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 21.689.120	$ 910.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 788.225		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.728.100,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.646.700,00	
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 - BOGOTÁ	35.227,00	0,966%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$4.080.773,00**	

SON: CUATRO MILLONES OCHENTA MIL SETECIENTOS SETENTA Y TRES PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Realizar acercamiento líderes y coordinadores de organizaciones sociales de base, organizaciones campesinas para programa campesena

reunión de articulación con enlace regional de la agencia publica de empleo, se socializan las metas de la vigencia

gestión, socialización y organización de acciones que aporten a la población vulnerable desde un trabajo mancomunado con el enlace APE

acciones de articulación para formación complementaria en atención al cliente y macramé y mostacilla

inventario y propuesta de solicitud compra y creación de kits de material de formación a PV

Socializar las metas de atención a población vulnerable presentadas por enlace APE a instructores del proyecto APV

realizar acciones propias del desarrollo del proceso de formación complementaria

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

PAOLA ANDREA VALENCIA PEÑALOZA
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí 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,

JUAN CARLOS ARIAS CHAVARRO
PROFESIONAL G04

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
HECTOR FERNEY RODRIGUEZ QUECAN
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2024-03-14, 01:22:31 PM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	febrero de 2024
Periodo de Cotización Para Salud	febrero de 2024
Empresa	PAOLA ANDREA VALENCIA PENALOZA
CEDULA CIUDADANIA	CC 1022981508
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1062279321
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	513338149
Banco	(1007) - BANCOLOMBIA
Valor	$ 498.900
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.0.19.58

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N800224808	230301	PORVENIR	1	$ 255.900	$ 2.000
N800251440	EPS005	SANITAS EPS	1	$ 200.000	$ 1.600
N860002503	14-7	SEGUROS BOLIVAR SA	1	$ 39.000	$ 400
		SubTotales:		$ 494.900	$ 4.000
		Total a Pagar:			$ 498.900

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 608 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

SIMPLE S.A. 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.

¡El Poder de lo SIMPLE!

Bancolombia

Notificación

Transaccional

Bancolombia: Pagaste $498,900.00 a SIMPLE OI desde tu producto *4218 el 14/03/2024 13:23. ¿Dudas? 6045109095/018000931987. Estamos cerca.



¡Hola, Paola Andrea Valencia Peñaloza !

Gracias por utilizar los servicios de BANCOLOMBIA y PSE.
los siguientes son los datos de tu transacción:

Estado de la Transacción: **Aprobada**
CUS: 513338149
Empresa: SIMPLE OI
Descripción: Pago de Seguridad Social
Valor de la Transacción: $ 498.900
Fecha de Transacción: 14/03/2024

Cendiatra

PSICOMETRICO

SEDE: CENDIATRA CENTRO | **DIRECCIÓN:**Carrera 5 # 19-08, piso 1, Centro | **CIUDAD DE LA SEDE:** BOGOTÁ

TELÉFONO: 6013904058 - 6012438980 | **EMAIL:** citas.centro@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:** 2024-03-12

CC: 1022981508
Nombres y apellidos: PAOLA ANDREA VALENCIA PEÑALOZA
Fecha de nacimiento: 30/08/1992
Edad: 31 **Sexo:** FEMENINO **RH:** A +
Teléfono:
Nombre acompañante:

Empresa: PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo: CONTRATISTA
Fecha ingreso: 12/03/2024
Fecha salida: 12/03/2024
Teléfono acompañante:



CARACTERISTICAS DE PERSONALIDAD

SECCIÓN 1
INTERPRETACIÓN DEL RESULTADO:

CON LA APLICACIÓN DE LA PRUEBA SE IDENTIFICAN RASGOS DE PERSONALIDAD ASOCIADOS CON EL PERFIL DE INDIVIDUOS FUERTES, EQUILIBRADOS Y DE MOVILIDAD RÁPIDA, SON PERSONAS SOCIALES, DISCORDANTES, LOCUACES, REACTIVAS, VIVACES Y DESPREOCUPADAS, TIENDEN A SER LÍDERES DE GRAN PRODUCTIVIDAD, BUENA CAPACIDAD DE TRABAJO Y FACILIDAD PARA ADECUARSE A SITUACIONES NUEVAS. SIN ALTERACIÓN EN AL ESCALA DE SALUD MENTAL.

OBSERVACIONES:
SECCIÓN 2
ADJUNTA FORMATO:

ERIKA MONTERO
RM: N/A
Firma y sello del médico

PAOLA ANDREA VALENCIA PEÑALOZA
CC: 1022981508
Firma del paciente

Powered by CamScanner

COLCAN
LABORATORIO CLÍNICO

21508734

Nombre	VALENCIA PEÑALOZA PAOLA ANDREA	Fecha de recepción:	15/02/2024
Identificación	CC 1022981508 Tel.	Fecha Muestra	15/02/2024
Edad	31 Años 1 Mes 1 Dia Sexo F	Fecha de impresion:	15/02/2024
Médico	MEDICOS VARIOS	Empresa	GARZON LIBIA DRA.
No. Ordenamiento	4320	Sede	REFERENCIA
Fecha de nacimiento	14-ene.-1993		

Copia

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
GLICEMIA EN AYUNAS EN SUERO **Metodo: Espectrofotometria**	**75**	mg/dl	**65 a 99**

15-feb.-2024 8:43 pm

MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO
CERTIFICADO MEDICO LABORAL

RESOLUCION S.O N° 6566 SSB

Calle 63 A # 28 -51 (Nueva) "BENJAMIN HERRERA" PBX: Telefon 7642335 celular 3164740813

TIPO EXAMEN :	INGRESO	**FECHA DE REALIZACION :**	13/02/2024		
APELLIDOS	VALENCIA PEÑALOZA	**NOMBRES**	PAOLA ANDREA		
DOCUMENTO:	cc No. 1.022.981.508	de BOGOTA	**SEXO**	FEMENINO	
CARGO A DESEMPEÑAR :	TRABAJADORA SOCIAL	**EMPRESA**	INDEPENDIENTE		

EXÁMENES PARACLINICOS PRACTICADOS

(N: Normal A: Anormal)	Exámenes de Laboratorio	N	A	Descripción		Exámenes de Laboratorio	N	A	Descripción
	VISIOMETRIA	X	0	Parametros Normales	0		0	0	0
N A	0	0	0		0		0	0	0
0 0	0	0	0		0		0	0	0
0 0	0	0	0		0		0	0	0
0 0	0	0	0		0		0	0	0

CONCEPTO DE APTITUD MÉDICA DEL EXAMEN DE INGRESO

APTO PARA EL CARGO:	X	SIN PATOLOGÍA APARENTE	0		CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR		0
APTO CON RESTRICCIÓN	0	Motivo:	0				
APLAZADO	0	Motivo:	0				
NO APTO PARA ESTE CARGO	0	Motivo:	0				

EXAMEN PERIÓDICO

PUEDE CONTINUAR CON SU LABOR	Si	0	No	0	SE SUGIERE REUBICACIÓN LABORAL:	Temporal	0	Permanente	0

EXAMENES ESPECIALES

PUEDE trabajar en alturas:	Si	0	No	0	SIN RESTRICCIÓN	0

EXAMEN DE EGRESO

SOSPECHA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL O SECUELAS DE ACCIDENTE LAB	**Si**	0	**No**	X	Cual:	Ninguna

RECOMENDACIONES MEDICAS EN SALUD LABORAL

MÉDICAS		**OCUPACIONALES**			**HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE**
REMISIÓN A EPS	0	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL	X		INICIO DE ACTIVIDAD FÍSICA 3 VECES POR SEMANA
CONTINUAR MANEJO MÉDICO	0	HIGUIENE POSTURAL	X		DEJAR DE FUMAR
REMISIÓN A ARL	0	PAUSAS ACTIVAS		X	REDUCIR CONSUMO DE ALCOHOL
SEGUMIENTO CASO POR ARL	0	DISTRIBUCION DE FUERZAS Y CARGAS	X		CONTROL NUTRICIONAL Y DE PESO
CITOLOGÍA CERVICO-VAGINAL	0	**INGRESO A SVE**			**EMPRESARIALES**
TAMIZAJE PROSTATICO	0				
ESQUEMA DE VACUNACION (ADULTO)	X	SVE (Biomecánico)		0	CONTROL ERGONOMICO DEL PUESTO DE TRABAJO
		SVE (Ruido)		0	MANEJO ADECUADO DEL ESTRÉS
CONTROL AUDIOLOGICO PERIODICO	0	SVE (Biológico)		0	BUENAS PRACTICAS DE MANUFACTURA
CONTROL ANUAL OPTOMETRICO	X	SVE (Radiación Ionizantes)		0	
CONTROL ODONTOLOGICO PERIODICO	0	SVE (Psicolaboral)		0	
		SVE (Cardiovascular - Metabólico)		0	

RECOMENDACIONES ADICIONALES

CONTROL ANUAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O DEL TRABAJADOR: Autorizo al doctor(a) a realizarme le examen médico y/o paraclínico ocupacionales registrados en este documento. Se me ha explicado la naturaleza y propósito de este examen médico y sus paraclínico. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del exámen médico y/o paraclínico a través de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realización de estas pruebas es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que se realizaran estos exámenes. Fui informado acerca de la confidencialidad de los datos y resultados aquí registrados y la protección que se le dará a este documento. Las respuestas dadas por mi están completas y son verídicas. Autorizo a la empresa para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente la información registrada en este documento , para el buen cumplimiento del Programa de Salud Ocupacional y para las situaciones contempladas en la misma legislación. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Lelis Antonio Sánchez
MEDICO ESPECIALISTA SALUD OCUPACIONAL
CC 7933174



	LELIS ANTONIO SANCHEZ DIAZ			Nombre del Pte:	PAOLA ANDREA VALENCIA PEÑALOZA
Reg. Médico N.	6784	Licencia S.O.	6566	Cédula N. 1022981508	