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 SERVICIOS FINANCIEROS- BTÁ D.C

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

Código Regional	**11**
Código Centro	**940510**
Fecha Elaboración	**Marzo de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**64302-894413**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	JULIO EDUARDO VALENZUELA DIAZ	**Banco a consignar:**	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	80.880.728	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	jevalenzuela8@misena.edu.co	**Número de Cuenta:**	0570457070065042
IP/Nº de contacto:	3022913455	**Presta Servicios Excluidos de IVA:**	SI
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:	5761993/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**10324**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	7

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	Prestar los servicios profesionales de carácter temporal con autonomía e independencia, para atender los procesos formativos de los aprendices en las competencias claves asociados a la red de conocimiento Institucional de la Enseñanza de Idiomas en el área temática de Inglés de los programas presenciales de acuerdo con lineamientos de la formación profesional integral, atendiendo las

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/03/2024**	**Al**	**31/03/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 18.606.250
Número de pago	**3**			**Valor Total del Contrato:**	$ 24.411.400
Valor Bruto Pago:			**$ 4.465.500,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 14.140.750

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.465.500	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	**$ 4.465.500**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.578.900**	**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		----------	**75568648**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.786.200	$ 1.786.200
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 223.300	$ 223.300
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 285.800	$ 285.800
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 9.400	$ 9.400
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		$ 285.800	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -	
Dependientes hasta		$ -	
Salud hasta	$ 753.040	$ 223.300	
Renta Exenta 25%	$ 21.689.120	$ 859.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 1.468.301		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.578.900,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.956.400,00	
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 - 8299 - BOGOTÁ	38.219,00	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	**$4.427.281,00**	

SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS VEINTISIETE MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y UN PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

OBL1:Se participó en la planeación de los procesos formativos en el área de enseñanza de lenguas de las fichas: 2770776 Gestión contable y de información financiera (53,80hrs) 2841592 Servicios comerciales y financieros (24hrs) 2770775 Gestión contable y de información financiera (53,80hrs). Otros (28,00) Total horas 159,60

OBL2:Se apoyó en las actividades de diseño y desarrollo curricular de las fichas:2770776 Gestión contable y de información financiera 53,80hrs) 2841592 Servicios comerciales y financieros (24hrs) 2770775 Gestión contable y de información financiera (53,80hrs). Otros (28,00) Total horas 159,60

OBL6:Se implementaron acciones encaminadas al seguimiento y evaluación de los aprendices en la formación.

OBL16:Se atendieron las actividades contractuales según la programación dispuesta por la coordinación.

OBL24:Se adjuntaron los comprobantes de pago y certificaciones solicitados para el trámite del presente pago.

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

JULIO EDUARDO VALENZUELA DIAZ
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,

DIEGO ALEJANDRO MARTINEZ ROJAS
INSTRUCTOR G16

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
ERNESTO ACEVEDO SOTO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	80880728	JULIO EDUARDO VALENZUELA DIAZ	TRASVERSAL 20 # 2-51 PISO 3	7459584	jevalenzuelad@unal.edu.co	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-02	2024-02	I	14/03/2024	75568648	$521.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	223.300	0		0		0	7	1.400	0	224.700	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	285.800	0	0	0	0	7	1.800	0	287.600	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	9.400				9.400	7	100	9.500			94	9.500	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	223.300	224.700
Pensión	1	285.800	287.600
Riesgos Laborales	1	9.400	9.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	518.500	521.800

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	80880728	JULIO EDUARDO VALENZUELA DIAZ		TRASVERSAL 20 # 2-51 PISO 3	7459584	jevalenzuelad@unal.edu.co	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-02	2024-02	I	14/03/2024	75568648	$521.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	80880728	VALENZUELA DIAZ JULIO EDUARDO	59	0			N																	230301	1.786.200	285.800	0	0	0	0	EPS008	1.786.200	223.300	14-23	1.786.200	1	9.400		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

CONCEPTO



	ZADA SALUD OCUPACIONAL SAS	
DEPARTAMENTO MEDICO	Carrera 64 # 97 - 63 **Telefono: 2530712**	
	Nit No. 900.858.795-4	
	CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL	

Fecha	12/01/22	**Hora Llegada**	07:34:00	Hora salida	08:15	**Resolución No 12482 de 30/09/2015**

I- IDENTIFICACION

NOMBRE Y APELLIDOS					
JULIO EDUARDO VALENZUELA DIAZ					
N° DE DOCUMENTO	80880728	GENERO	MASCULINO	EDAD	37
EMPRESA	SENA	CARGO	INSTRUCTOR		

EXAMENES PARACLINICOS Y PRUEBAS SOLICITADAS

ENF OSTEOMSUCULAR	AUDIOMETRIA	OPTOMETRIA	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL
GLICEMIA/ CH	PERFIL LIPIDICO	TEST PSICOLOGICO	CARDIOVASCULAR

II-CONCEPTO

TIPO DE EXAMEN	INGRESO	SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO			
Enfermedad general	SI	Otros	NO	Cuales	

III- RECOMENDACIONES

BUENOS HABITOS DE HIGIENE POSTURAL, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS, REALIZAR EJERCICIO, SE RECOMIENDA VALORACION POR NUTRICION EN SU EPS, PACIENTE AL MOMENTO PSICOLOGICA Y CARDIOVASCULARMENTE SANO CONTROL ANUAL POR SALUD OCUPACIONAL.

IV – RESTRICCIONES

NINGUNA

La presente certificación se expide con base a la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado en la resolución 1995 del 99, Res. 2346 del 2007, Res. 1918 del 2009 y las demás normas complementarias.

Dra. Johana M. Acero A.
Médico
Esp. Salud Ocupacional
008-2014

Julio Valenzuela
80.880.728

FIRMA, REGISTRO Y SELLO DEL PROFESIONAL	FIRMA Y CEDULA DEL TRABAJADOR

OPTO

DEPARTAMENTO MEDICO	**ZADA IPS SALUD OCUPACIONAL SAS**	Zada SALUD OCUPACIONAL
	Carrera 64 # 97 - 63 Telefono: 2530712	
	Nit No. 900.858.795-4	
	OPTOMETRIA OCUPACIONAL	

Fecha	12/01/22	Hora inicio consulta	07:34:00	Historia No	80880728	Resolución No 12482 de 30/09/2015	

I- IDENTIFICACION

Nombre y Apellidos		Identificacion	80880728
JULIO EDUARDO VALENZUELA DIAZ		EDAD	37
MASCULINO	Fecha de nacimiento 10/11/1984	Lugar de nacimiento	BOGOTA

Escolaridad	postgrado	Estado Civil	Soltero(a)	Dirección	CLL 6 B NO 79 C 90
Barrio	PIO 12	Ciudad	BOGOTA	Telefono	3022913455
Empresa	SENA			Cargo	INSTRUCTOR
Fecha de ingreso a la empresa	30/12/99	Antigüedad en la empresa			

II- ANTECEDENTES VISUALES

PERSONALES VISUALES	NIEGA				
TRAUMA	NIEGA				
QUIRURGICOS	NIEGA				
ULT. CONTROL VISUAL		USA CORRECCION OPTICA		TIPO DE RX	
ULTIMO CAMBIO DE LENTES		ESTADO ACTUAL DE LA CORRECCION			
CORRECCION EN USO	OD				
	OI				

III-ANTECEDENTES FAMILIARES

HISTORIA FAMILIAR		ENF. OCULARES	

IV- MOTIVO DE CONSULTA

Dism. AV VL		Dism. AV VP		Dolor de Cabeza		Ardor ocular	
Visión Borrosa		Secreción Ocular		Cansancio Ocular		Dolor Ocular	
Sensación de C.E.		Molestias a la Luz		Ninguno		Control	

V- EXAMEN EXTERNO

PTERIGION GRADO I OI

VI- AGUDEZA VISUAL

AGUDEZA VISUAL LEJANA				AGUDEZA VISUAL PROXIMA			
	AV CC	AV SC	PH		AV CC	AV SC	DP
OD				OD			
OI				OI			

VII- MOTILIDAD OCULAR

DUCCIONES	NORMAL	CT en VL	ORTHO	PPC	10//12
VERSIONES	NORMAL	CT en VP	X`		

VIII- QUERATOMETRIA

OD	NO SE REALIZA	OI	NO SE REALIZA

IX- OFTALMOSCOPIA

OD	NORMAL	OI	NORMAL

X- RETINOSCOPIA

	ESF	CIL	EJE
OD			
OI			

XI- SUBJETIVO

	ESF	CIL	EJE	ADD
OD				
OI				

XII- TEST DE VISION CROMATICA

XIII- TEST DE ESTEREOPSIS

OPTO

NORMAL	NORMAL	
XIV- DIAGNOSTICO	EMETROPE	APLAZADO
XV- RECOMENDACIONES	UDO PERMANENTE DE PRESCRIPCION OPTICA, CONTROL PERIODICO POR OPTOMETRIA	
XVI - RESTRICCIONES	NINGUNA	

Entiendo y acepto que la información contenida en el presente reporte es confidencial y será anexada a mi hoja de vida. Se me ha explicado y he comprendido los resultados de los diferentes exámenes, sus causas ocupacionales, extra-ocupacionales y sus consecuencias. En constancia a lo anterior firmo:	**HORA SALIDA DE CONSULTA**	
FIRMA, REGISTRO Y SELLO DEL PROFESIONAL	**FIRMA Y CEDULA DEL TRABAJADOR**	

DEPARTAMENTO LABORATORIO CLINICO	ZADA SALUD OCUPACIONAL SAS. Especialistas en Salud Ocupacional Nit No. 900.392.930-0	
Resolución No 12482 de 30/09/2015	**FECHA**	12/00/2022

I- IDENTIFICACIÓN

APELLIDOS	VALENZUELA	**NOMBRES**	JULIO		
GÉNERO	MASCULINO	**NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN**	80880728	**EDAD**	37
ENTIDAD	SENA		**EXÁMEN**	CUADRO HEMÁTICO	

CUADRO HEMÁTICO

ESTUDIO	RESULTADO		VALOR DE REFERENCIA	FROTIS DE SANGRE PERIFERICO
PARÁMETRO ERITROCITARIO				
ERITROCITOS	5,75	x10^6 /uL	3.50-5.20	
HEMOGLOBINA	15,33	g/dl	12.0-16.0	
HEMATOCRITO	46	%	35.0-49.0	
VCM	80,00	fL	80.0-100.0	
HCM	26,67	pg	27.0-34.0	
CHCM	33,33	g/dl	31.0-37.0	
PARÁMETRO LEUCOCITARIO				
LEUCOCITOS	7,10	x10^3 /uL	4.0-12.0	
% NEUTRÓFILOS	65,00	**%**	50.0-70.0	
% LINFOCITOS	27,00	**%**	20.0-60.0	
% MONOCITOS	6,00	**%**	3.0-12.0	
% EOSINÓFILOS	2,00	**%**	0.5-5.0	
% BASÓFILOS	0,00	**%**	0.0-1.0	
% CAYADOS	0,00	**%**	0	
# NEUTRÓFILOS	4,62	x10^3 /uL	2.0-8.0	
# LINFOCITOS	1,92	x10^3 /uL	0.80-7.0	
# MONOCITOS	0,43	x10^3 /uL	0.12-1.20	
# EOSINÓFILOS	0,14	x10^3 /uL	0.02-0.80	
# BASÓFILOS	0,00	x10^3 /uL	0.0-0.10	
PARÁMETRO PLAQUETARIO				
PLAQUETAS	256,00	x10^3 /uL	150-450	
OBSERVACIONES	RESULTADO			

Analizado por:
Laura Daniela Martínez Hernández
Bacterióloga UCMC