

<div><div>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</div></div>	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO) DIRECCIÓN GENERAL OFICINA DE COMUNICACIONES Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Código Regional	1	
			Código Centro	101001	
			Fecha Elaboración	Marzo de 2024	
			Versión	MARZO 2024 - 2,24	
			ID de Proceso	51246-609684	
DATOS DEL CONTRATISTA					
Nombres y apellidos: DAVID ERNESTO CALERO CERMEÑO		Banco a consignar:			
Cédula de Ciudadanía 7.690.951		Tipo de cuenta:			
Correo electrónico: decalero@misena.edu.co		Número de Cuenta:			
IP/Nº de contacto: 3188446031		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 NO			
¿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: Honorarios profesionales a persona NO declarante de renta					
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T. 0,00%					
DATOS DEL CONTRATO					
Nº del contrato:	5842263/2024	Nº Compromiso SIIF	74524	Número de pagos durante la vigencia del contrato 11	
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES: RAD. 01-9-2024-004899 PRESTAR SERVICIOS PERSONALES PARA LA OFICINA DE COMUNICACIONES DURANTE LA VIGENCIA 2024, CON EL FIN DE IMPLEMENTAR EL LENGUAJE DE SEÑAS COLOMBIANA EN LOS PRODUCTOS AUDIOVISUALES Y EVENTOS E				
DATOS PERIODO DEL PAGO					
Del	01/03/2024	Al	31/03/2024	Saldo Anterior del Contrato: \$ 29.550.000	
Número de pago	2			Valor Total del Contrato: \$ 32.012.500	
Valor Bruto Pago:	\$ 2.955.000,00		Nuevo Saldo del Contrato: \$ 26.595.000		
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Ingresos por honorarios	\$ 2.955.000		Honorarios profesionales a persona NO declarante d	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	\$ 2.955.000		Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 1.933.700		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0	
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR					
	Marzo	Febrero	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	1.933.700,00	TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	-----	9463493034	Base retención en la fuente a titulo de ICA	2.584.500,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.300.000	\$ 1.300.000	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 162.500	\$ 162.500	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 208.000	\$ 208.000	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
ARL	\$ 6.800	\$ 6.800	Reteica - 7490 - BOGOTÁ	17.833,00	0,690%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -			0,00	0%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -			0,00	0%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -			0,00	0%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -			0,00	0%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC	\$ -				
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	\$ 753.040	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	\$34.082.904	\$ 644.000	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 521.300			0,00	
Retención en la Fuente Contingente	\$		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	\$2.937.167,00	
SON: DOS MILLONES NOVECIENTOS TREINTA Y SIETE MIL CIENTO SESENTA Y SIETE PESOS M/CTE					
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Intérpreté 2 programas Sena Comunica.					
Interpreté 1 programa de Cena con el Sena.					
Interpreté 1 video regional Amazonas.					
Interpreté 3 videos regional Antioquia.					
Interpreté 1 video regional Boyacá.					
Interpreté 1 video regional Caldas.					
Interpreté 1 video regional Caquetá.					
Interpreté 1 video regional Cesar.					
Interpreté 1 video regional Chocó.					
PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:			<div></div> <div>DAVID ERNESTO CALERO CERMEÑO EL CONTRATISTA</div>		
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					
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO					
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:			Autorizo el presente pago. El Supervisor,		
1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;			<div>MARIA VICTORIA ESCORCIA BOLAÑO TECNICO G03</div>		
2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del periodo 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.					
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 LUIS ALEJANDRO JIMENEZ CASTELLANOS JEFE OFICINA DE COMUNICACIONES (E)					

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 7690951		CALERO CERMEÑO DAVID ERNESTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 78 F # 6 - 50 SUR INT 4 APTO 101	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2936048	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2024-02	2024-02	1000000987	9463493034	I	2024/03/13	2024/03/05	BANCO DE BOGOTA	\$377,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																			
EMPLEADO					PENSION					SALUD					CCF				
RIESGOS					PARAFISCALES														
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$0	\$0			\$1,300,000	\$6,800	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$0	\$0			\$1,300,000	\$6,800	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$0	\$0			\$1,300,000	\$6,800	
1	CC 7690951	CALERO DAVID	230301	30	\$1,300,000	\$208,000	EPS002	30	\$1,300,000	\$162,500		0	\$0	\$0	14-11	30	\$1,300,000	\$6,800	0
Total Afiliados(1)					\$1,300,000	\$208,000			\$1,300,000	\$162,500			\$0	\$0			\$1,300,000	\$6,800	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 7690951		CALERO CERMEÑO DAVID ERNESTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 78 F # 6 - 50 SUR INT 4 APTO 101	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2936048	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2024-02	2024-02	1000000987	9463493034	I	2024/03/13	2024/03/05	BANCO DE BOGOTA	\$377,300

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$208,000	\$0	\$0	\$208,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$208,000	\$0	\$0	\$208,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$6,800	\$0	\$0	\$6,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$6,800	\$0	\$0	\$6,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$162,500	\$0	\$0	\$162,500
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	\$162,500	\$0	\$0	\$162,500
TOTAL				1	\$377,300	\$0	\$0	\$377,300



Adrián Gutiérrez Ruiz
Médico Cirujano

ESPECIALISTA EN GERENCIA EN RIESGOS LABORALES
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
LICENCIA 4336/2019 RMD: 79318890

NIT. 79318890-2
Av. 1o. de Mayo
(Transv.74F) No. 40G - 51 Sur
Tel: 452 04 22 • Cel: 321 269 4153
cmagutierrez14@gmail.com

Fecha 19 01 2023

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD OCUPACIONAL (Certificado)

Nº 2441

Empresa: SENA
Tipo de examen: OCUPACIONAL
Énfasis: OSTEO MUSCULAR

Este documento es valido solo si esta respaldado por la historia clínica o valoración medica de la misma fecha. Copia de este documento y resultados de exámenes paraclinicos están en nuestros archivos si es el caso. Usted puede verificar su autenticidad comunicandose con nosotros al Tel: 452 0422 Cel: 321 269 4153

INFORMACIÓN DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Apellidos y Nombres:

CAIBLO CERMENO DAVID ERNESTO

Cargo:

INTERPRETE PARA SORDOS

Doc:

CC

No:

7690951

Edad (años)

50

CONCEPTO ☒ Ingreso ☐ Periódico ☐ Egreso

- | | | |
|---|---|--|
| ☒ Sin restricciones para el cargo | ☐ Satisfactorio | ☐ Examen de egreso satisfactorio |
| ☐ Con restricciones compatibles para el cargo | ☐ No satisfactorio | ☐ Examen de egreso no satisfactorio |
| ☐ Las patologías diagnosticadas son incompatibles con el cargo | ☐ Presenta patología modificable con el estilo de vida | ☐ Otro |
| ☐ Aplazado | ☐ Hay restricciones a su labor | |

Motivo del aplazamiento:

☒ Ninguno

Restricciones:

☒ Ninguna

Descripción adicional del concepto:

☒ Ninguna

EXÁMENES PARACLÍNICOS REALIZADOS:

- | | | | |
|---|--|---|-----------------|
| ☐ Audiología | ☐ Espirometría | ☐ Laboratorio, Clínico | Otros exámenes: |
| ☒ Visiometría | ☐ Prueba psicométrica | ☐ Rayos X | |
| ☐ Optometría | ☐ Electrocardiograma | ☐ Prueba de esfuerzo | |

Descripción de resultados: AV: CON GRAFAS OD: 20/20 OT 20/20
OSTEO MUSCULAR NORMAL

RECOMENDACIONES: USO DE LAS GRAFAS

Y SEGUIR LAS SIGUIENTES:

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Control periódico por EPS | ☒ Control periódico ocupacional | ☐ Dieta |
| ☐ Remisión a EPS (ver a que servicio) | ☒ Higiene postural | ☐ Ejercicio regular 3 veces a la semana |
| ☐ Continuar manejo médico | ☒ Utilización de Elementos de seguridad profesional | ☐ Dejar hábito de fumar |
| ☐ Seguimiento caso ARL | ☒ Pausas activas periódicas | ☐ Suspender bebidas alcohólicas |

Incluir Programa de vigilancia Epidemiológica.

☒ Visual ☐ Auditivo ☐ Cardiovascular ☐ Osteomuscular

Servicio remitido a EPS

☒ Ninguno

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR Autorizo al Doctor abajo mencionado, a realizar en mi el examen y paraclinicos ocupacionales, registrados en este documento conforme quedo registrado en la historia clínica Ocupacional. El doctor abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y proposito, los beneficios, la interpretación, la limitación y riesgos del examen medico y/o paraclinicos ocupacionales. A partir de la asesoría brindada antes de las pruebas he sido informado de las medidas que el Dr. Adrián Gutiérrez Ruiz tiene para proteger la confidencialidad de mis resultados y el concepto medico ocupacional. Manifiesto ante la firma bajo la gravedad de juramento que las respuestas dadas por mi en este examen son completas y veridicas. Autorizo al Dr. Adrián Gutiérrez Ruiz para que suministre a las personas o entidades contempladas en las legislaciones vigentes, la información registrada en el momento, para el buen cumplimiento del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo.

MÉDICO:

Adrián Gutiérrez Ruiz

Adrián Gutiérrez Ruiz
Médico Cirujano
Especialista en Riesgos Laborales
SST Licencia 4336/2019 - RMD 79318890

Firma y Sello:

ASPIRANTE O TRABAJADOR:

David E

Firma y número de doc: 7690951

HUELLA



EVALUACION DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL FUNCIONAL
(EXAMEN PSICOMETRICO)

FECHA: 07/02/2023

EMPRESA: PARTICULAR

NOMBRE: DAVID ERNESTO CALERO CERMEÑO

CÉDULA: 7690951

EDAD: 50 CARGO: INTERPRETE PARA SORDOS

CARACTERISTICAS DE PERSONALIDAD

INTERPRETACION 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.

*Se presenta alta incidencia de respuestas afirmativas en la escala de control.

OBSERVACIONES

De acuerdo a test de personalidad realizado a la fecha, no se evidencia la existencia de trastornos mentales ni de conducta o alteraciones relevantes en la escala de salud mental, por tal motivo no se refleja ninguna alteración psicológica.

NOTA: Este test corresponde a una prueba tamiz estandarizada y no un test diagnostico.

Sonia Pachón Vargas
Sonia Pachón Vargas
Psicóloga - TP 146153
Lic. SST 798 de 2019

FIRMA DEL EVALUADOR: _____

SALUD TOTAL E.P.S.

RESULTADO AYUDA DIAGNOSTICA

Nombre: DAVID ERNESTO CALERO CERMEÑO

Edad: 50 Años

Ips: VS KENNEDY

Fecha Resultado: 11/22/2021

Servicio: (9038410000) GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

Contrato: 1549743 (Documento: 7690951)

Sexo: Masculino

Fecha Servicio: 11/20/2021

ANALITO	RESULTADO	REFERENCIA	
		Descripción	Valor
INMUNOQUIMICA			
GLICEMIA BASAL	78.00 mg/dL	VALORES REFERENCIA	70-105
ARIVERA			