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 GESTIÓN DE MERCADOS, LOGISTICA Y TECNOLOGIAS DE LA INFORMACIÓN- BTÁ D.C.

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

Código Regional	**11**
Código Centro	**930310**
Fecha Elaboración	**Junio de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**34049-786087**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	LAURA ESTEFANIA ORJUELA RODRIGUEZ	**Banco a consignar:**	BANCO CAJA SOCIAL
Cédula de Ciudadanía	1.019.103.688	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	leorjuelar@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	24092401716
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**	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:	Ninguno
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.	0,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	5824133/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**23224**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	8

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES INDIRECTOS DE CARÁCTER TEMPORAL PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL DE ACUERDO CON LA MODALIDAD Y EL NIVEL DE LAS ESPECIALIDADES OFERTADAS POR EL CENTRO DE GESTIÓN DE MERCADOS, LOGÍSTICA Y TECNOLO

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/06/2024 Al 30/06/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 14.140.893
Número de pago	**6**	**Valor Total del Contrato:**	$ 32.151.925
Valor Bruto Pago:	**$ 4.465.545,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 9.675.348

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.465.545	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	**$ 4.465.545**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.960.045**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Junio	Mayo			
				Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.960.045,00	TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**9468147902**	Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.956.445,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.786.218	$ 1.786.218	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 223.300	$ 223.300	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 285.800	$ 285.800	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
ARL I		$ 9.400	$ 9.400	Reteica - 8299 - BOGOTÁ	38.219,00	0,966%
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		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
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%	$ 24.787.566	$ 987.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 4.018.748					
				Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		$		**VALOR A PAGAR**	**$4.427.326,00**	

SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS VEINTISIETE MIL TRESCIENTOS VEINTISEIS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ejecución fase análisis 2977713, 2977714 y 2977715 - planeación 2879674, 2879675 - ejecución 2675806, 2675807

Se emitieron juicios evaluativos y se registraron en Sofia Plus de RAP a cargo en las fichas

Se realizaron sesiones en línea de fase de análisis y planeación.

Se entregó al Coordinador Académico el reporte de ejecución de actividades.

Adecuación del ambiente virtual de aprendizaje de acuerdo con la Guía AVA.

Se realizo reuniones EEF de fichas 2675806, 2675807, 2879674, 2879675, 2977713, 2977714 y 2977715.

Se realizaron actas de EEF de fichas 2977713, 2977714 y 2977715.

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

LAURA ESTEFANIA ORJUELA RODRIGUEZ
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,

LINA YIBI SANTAMARIA BURGOS
INSTRUCTOR G20

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
MIREYA PARRA PINTO
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

25/06/24 20:55:46 USUARIO: SIC - C.C. 1019103688

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1019103688		ORJUELA RODRIGUEZ LAURA ESTEFANIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Transversal 137 a # 137 67	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3125623234	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-05	2024-05	701753150	9468147902	I	2024/06/25	2024/06/13	BANCO CAJA SOCIAL	0	$518,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,786,218	$285,800			$1,786,218	$223,300			$0	$0			$1,786,218	$9,400		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,786,218	$285,800			$1,786,218	$223,300			$0	$0			$1,786,218	$9,400		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,786,218	$285,800			$1,786,218	$223,300			$0	$0			$1,786,218	$9,400		$0	$0
1	CC 1019103688	ORJUELA LAURA	230201	30	$1,786,218	$285,800	EPS010	30	$1,786,218	$223,300		0	$0	$0	14-23	30	$1,786,218	$9,400	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,786,218	$285,800			$1,786,218	$223,300			$0	$0			$1,786,218	$9,400		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1019103688		ORJUELA RODRIGUEZ LAURA ESTEFANIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Transversal 137 a # 137 67	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3125623234	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-05	2024-05	701753150	9468147902	I	2024/06/25	2024/06/13	BANCO CAJA SOCIAL	0	$518,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$285,800	$0	$0	$285,800
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$285,800	$0	$0	$285,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,400	$0	$0	$9,400
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$9,400	$0	$0	$9,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$223,300	$0	$0	$223,300
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$223,300	$0	$0	$223,300
TOTAL				1	$518,500	$0	$0	$518,500

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14975386511

(415)7707212489984(8020) 000001497538651 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 1 9 1 0 3 6 8 8	1	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	1019103688	2013 01 21

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
ORJUELA	RODRIGUEZ	LAURA	ESTEFANIA

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
TV 137 A # 137 - 67

42. Correo electrónico arual.118@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 2 5 6 2 3 2 3 4	

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 2	2 0 2 4 0 1 2 5	8 5 4 3	2 0 2 4 0 1 2 5	8 5 4 4	8 5 6 0		

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	4 9																								

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

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 ☐ 60. No. de Folios: 61. Fecha

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

985. Cargo

BORRADOR DOCUMENTO SIN COSTO

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD DE LABORAL

Dr. Juan Carlos Suárez Sánchez
Medico Cirujano
Especialista en Salud Ocupacional
Res.4053/17 RM 1020713619



SYG IPS SAS SALUD OCUPACIONAL NIT: 900840433-4

TIPO DE EXAMEN

INGRESO [x] **PERIÓDICO** **RETIRO** [ ] **ALTURAS** [ ] **VIGENCIA EXAMEN: TRES (3) AÑOS**

Fecha:	13/02/2023	**Empresa:**	SENA
Apellidos y Nombres	LAURA ESTEFANIA ORJUELA RODRIGUEZ		
Documento:	CC 1.019.103.688	**Cargo:**	DOCENTE
Edad	28 AÑOS	**Ciudad**	BOGOTA
ARL	SURA	**EPS**	SURA

EXAMEN MEDICO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR (MUSCULOESQUELETICO): SIN ALTERACION, ARCOS DE MOVIMIENTOS CONSERVADOS, NO LIMITACIONES FISICAS
EXAMEN MEDICO CON ENFASIS CARDIOVASCULAR: Ruidos Cardiacos rítmicos sin soplos; SIN ALTERACION
EXAMEN PSICOSOCIAL: SIN ALTERACION
EXAMEN FONOAUDIOLOGICO (Laboratorio de La Voz): SIN ALTERACION **AUDIOMETRIA** NORMAL
NEUROLOGICO: SIN ALTERACION **PRUEBA VESTIBULAR:** NORMAL
OPTOMETRIA: SIN ALTERACION **VISIOMETRIA:** NORMAL
GLICEMIA: ACEPTABLE **PERFIL LIPIDICO (COLESTEROL TOTAL, HDL, LDL, TRIGLICERIDOS):** ACEPTABLE
HEMOGRAMA: SIN ANEMIA NO ALTERACIONES

Realizado el Examen Médico hacemos constar que, en la fecha, examinamos al aspirante suscrito, con el siguiente concepto final y recomendaciones de acuerdo al cargo:

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL DE INGRESO			
APTO PARA EL CARGO	X	NO APTO	
Apto con restricciones temporales		Apto para conducción de vehículos	
Apto con restricciones permanentes		Apto para trabajos de alto riesgo (Eléctrico, temperaturas extremas, espacios confinados)	
Aplazado		Apto para manipulación de alimentos	
PERIODICO / RETIRO			
Sin restricción para continuar con sus labores		Presenta patologías que requieren calificación de origen EPS/ARL	
Sin diagnósticos de enfermedad laboral			
Secuelas de accidente de trabajo y/o enfermedad laboral		**Apto para trabajo en alturas RESOLUCION 1409/2012**	
Enfermedades de origen común			
RESTRICCIONES: NINGUNA			
Recomendaciones ocupacionales: BUENOS HABITOS POSTURALES, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION SI LO AMERITA. CONTROL PERIODICO MEDICINA OCUPACIONAL			

En la fecha, yo mayor de edad, identificado como aparece al lado de mi firma en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades, actuando sin presiones de ninguna índole, y en pleno conocimiento de mi estado de salud, declaro que SI he recibido toda la información acerca de los exámenes clínicos y paraclínicos que se practican y han resuelto mis inquietudes al respecto, de conformidad autorizo a la IPS para realizarme los exámenes solicitados por mi empleador con fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda por el empleador, las respuestas dadas por mi están completas y son verídicas, firmo para constancia.

Firma Médico Evaluador

Dr. Juan Carlos Suárez Sánchez
Medico Cirujano
Especialista en Salud Ocupacional
Res.4053/17 RM 1020713619

Nombre: JUAN CARLOS SUAREZ SANCHEZ
MEDICO CIRUJANO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
Licencia. S. O. No4053/17 RM: 1020713619

Firma Examinado

Nombre LAURA ESTEFANIA ORJUELA
No. Identificación: CC 1.019.103.688
HUELLA DACTILAR

E-Mail: saludocupacionalsygsas@gmail.com
Calle 1648 n° 4-47 Piso 1 TEL: 6728772- CEL: 3213353137
BOGOTA DC-COLOMBIA

Powered by CamScanner

Validación examen médico pre-ocupacional

Edilma Silva Paez <esilvap@sena.edu.co>
Mar 13/02/2024 7:48

Para:Laura Estefania Orjuela Rodriguez <leorjuelar@sena.edu.co>
CC:Yuliet Daniela Aros Romero <yaros@sena.edu.co>;Paola Amado Angulo <pamado@sena.edu.co>

Buenos días, respetada señora Laura Estefania Orjuela Rodriguez

De manera atenta, me permito informarle que se valida exámen médico pre-ocupacional. El cual cumple con la vigencia y los requerimientos del profesiograma para el objeto contractual de instructor.

Agradezco su amable atención.

Cordial saludo;

De: Laura Estefania Orjuela Rodriguez <leorjuelar@sena.edu.co>
Enviado el: lunes, 12 de febrero de 2024 19:44
Para: Edilma Silva Paez <esilvap@sena.edu.co>
Asunto: Validación examen médico pre-ocupacional

Cordial saludo enfermera Edilma,

Adjunto documento de salud ocupacional con los requisitos solicitados. Quedo atenta a su visto bueno.

Muchas gracias por su atención y gestión, quedo atenta a su respuesta.

Laura Estefania Orjuela Rodriguez

Centro De Gestión De Mercados, Logística Y Tecnologías
- Contratista

leorjuelar@sena.edu.co

PBX:+(57) 601 5461500

Calle 52 No 13-65

@SENAcomunica www.sena.edu.co

Edilma Silva Paez
Centro de Gestión de Mercados, Logíst. y Tecnol. de La Inf. - Auxiliar Enfermería G10
esilvap@sena.edu.co
PBX:+(57) 601 5461500 Ext:16943
Calle 52 No 13-65

@SENAcomunica www.sena.edu.co

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

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, **LAURA ESTEFANIA ORJUELA RODRIGUEZ** identificado con **CC** No. **1019103688**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de afiliación:** 27/01/2024 **Fecha de inicio de cobertura:** 27/01/2024 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 23/01/2024 **Fecha fin de Contrato:** 13/12/2024 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 1 **Cargo :** INSTRUCTOR

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): 202401012291738.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 9 días del mes de febrero de 2024.

Cordialmente,

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

MIS_4_1_3_FR15 v_07