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 GUAJIRA

CENTRO INDUSTRIAL Y DE NERGÍA ALTERNATIVAS

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

Código Regional	**44**
Código Centro	**922210**
Fecha Elaboración	**Junio de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**87283-477147**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	JORGE LUIS VIDES URQUIJO	**Banco a consignar:**	BANCO DE BOGOTA
Cédula de Ciudadanía	15.208.909	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	jlvides@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	088140868
IP/Nº de contacto:	3205619247	**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**	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:	5899202/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**12324**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	10

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	Prestar los servicios personales de carácter temporal de Artesanos, Técnicos, Tecnólogos y/o Profesionales que se desempeñen como instructores en los programas de Formación Complementaria de la Programación de atención a población víctima y vulnerable ejecutando horas directas a formación y otras actividades relacionadas con la Ejecución de la Formación Profesional Integral en el

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/06/2024 Al 30/06/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 18.297.206
Número de pago	**5**	**Valor Total del Contrato:**	$ 31.070.727
Valor Bruto Pago:	**$ 3.452.303,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 14.844.903

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.452.303	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	**$ 3.452.303**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.888.173**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Junio	Mayo
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**9468791037**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.380.921	$ 1.380.921
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 172.700	$ 172.700
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 221.000	$ 221.000
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL	III	$ 33.700	$ 33.700
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		$ 345.230	
Salud hasta	$ 753.040	$ 162.500	
Renta Exenta 25%	$ 30.984.458	$ 629.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 2.833.603		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	1.888.173,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.058.603,00	
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 - RIOHACHA	9.176,00	0,300%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
-	0,00	0%
Estampilla Prouniversidad de la Gua	69.046,00	2,000%
Estampilla Prodesarrollo Fronterizo	17.262,00	0,500%
Estampilla Prodesarrollo Dptal	69.046,00	2,000%
Estampilla Pro-Cultura	51.785,00	1,500%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$3.235.988,00**	

SON: TRES MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

FORMACION PROFECIONAL EN COCINA BASICA FICHA 3002558

FORMACION PROFECIONAL EN HIGIENE Y MANIPULACION DE ALIMENTOS FICHA 3018897

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

Jorge Luis Vides U.

JORGE LUIS VIDES URQUIJO
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

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

CARLOS ALBERTO BARRIOS NISPERUZA
INSTRUCTOR G09

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
CARLOS EDUARDO ROBLES PALOMINO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

23/06/24 18:54:22 USUARIO: SIC - C.C. 15208909

Comprobante Liquidación

Datos Generales del Aportante

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Correo Electrónico	Ciudad-Departamento	Celular
CC 15208909		VIDES URQUIJO JORGE LUIS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	JORADRI852306@GMAIL.COM	MAICAO-LA GUAJIRA	3205619247

Clave: 9468791037

Pague hasta	Días de Mora	Valor Mora	Total a Pagar
2024/07/04	0	$0	$427,400

Periodo Pensión: 2024-06 **Periodo Salud: 2024-06**

Riesgo	Administradoras	Afiliados	Total a Pagar
AFP	1	1	$221,000
PORVENIR		1	$221,000
ARL	1	1	$33,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS		1	$33,700
EPS	1	1	$172,700
NUEVA EPS MOVILIDAD		1	$172,700
SUBTOTAL			$427,400
COMISION OPERADOR			$0
IVA			$0
TOTAL			$427,400

Canales de Pago

BANCARIOS

Banco AV Villas

Banco de Occidente Credencial

Banco de Bogotá

NO BANCARIOS

Via, Baloto (Autoriza COLJUEGOS), éxito, SURTIMAX, Carulla

Puntos autorizados de la red Via
Monto máximo por transacción $1.000.000

Cajas registradoras de los almacenes
Monto máximo por transacción $9.999.999

Comprobante Liquidación

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon social	Clase Aportante	Sucursal principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 15208909		VIDES URQUIJO JORGE LUIS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 9 12 13	MAICAO-LA GUAJIRA	7250395	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor	
2024-06	2024-06		9468791037	I	2024/07/04			0		

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES															PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						**$1,380,922**	**$221,000**			**$1,380,922**	**$172,700**			**$0**	**$0**			**$1,380,922**	**$33,700**			**$0**	**$0**		**$427,400**
Centro de trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						**$1,380,922**	**$221,000**			**$1,380,922**	**$172,700**			**$0**	**$0**			**$1,380,922**	**$33,700**			**$0**	**$0**		**$427,400**
Ciudad: MAICAO Depto: LA GUAJIRA (1 Afiliados)																						**$1,380,922**	**$221,000**			**$1,380,922**	**$172,700**			**$0**	**$0**			**$1,380,922**	**$33,700**			**$0**	**$0**		**$427,400**
1	CC	15208909	VIDES JORGE																	230301	30	$1,380,922	$221,000	EPS041	30	$1,380,922	$172,700		0	$0	$0	14-23	30	$1,380,922	$33,700	0	$0	$0	No	$427,400
Total Afiliados (1)																						**$1,380,922**	**$221,000**			**$1,380,922**	**$172,700**			**$0**	**$0**			**$1,380,922**	**$33,700**			**$0**	**$0**		**$427,400**

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$221,000	$0	$0	$221,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$221,000	$0	$0	$221,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$33,700	$0	$0	$33,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$33,700	$0	$0	$33,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$172,700	$0	$0	$172,700
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	1	$172,700	$0	$0	$172,700
TOTAL				1	$427,400	$0	$0	$427,400

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA	
DIRECCIÓN GENERAL – SECRETARIA GENERAL -GRUPO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	
FORMATO CONCEPTO	
Regional	Guajira
Centro	Despacho Regional Guajira

Nombre	jorge luis vides urquijo
Tipo Examen	Otros
Fecha Creación	2023-05-20 00:00:00

CONCEPTO
Apto
RECOMENDACIONES CONCEPTO
uso de epp, pausas activas, ejercicio físico, dieta balanceada, mantenerse en el peso adecuado, cumplir protocolos de bioseguridad, higiene postural, dieta balanceada.
RESTRICCIONES CONCEPTO
ninguna

REQUIERE EXÁMENES ADICIONALES			
PSICOLOGICO	No	GENERAL	No
ESPECIALISTA	No	ADICIONAL	No

CONSENTIMIENTO INFORMADO
Certifico que he sido informado amplia y suficientemente acerca de lo que trata y la finalidad que tiene ésta consulta medica o psicológica y que han sido respondidas a satisfacción todas las preguntas que he tenido acerca de la misma. Autorizo al profesional medico o psicólogo asignado por la institución para que me sea realizado el presente examen medico o psicológico. Certifico que la información por mi brindada durante esta consulta medica o psicológica es completa, veraz y que no he omitido información sobre mis antecedentes médicos o psicológicos, ni de mi actual estado de salud que pueda llegar a derivar en riesgos para mi salud y en particular con relación al desarrollo de mi trabajo, así mismo autorizo a los profesionales del área médica o psicológica del Servicio Nacional de Aprendizaje para tener acceso y consulta a la información aquí contenida dentro del marco de la confidencialidad medica y psicológica, para su utilización con fines de seguimiento, análisis y planeación de acciones de salud dentro de los programas de salud ocupacional que la entidad considere se requieran. Refiero entender lo escrito en este consentimiento informado y de forma voluntaria firmo a continuación el presente documento en señal de aceptación:

Aspirante o Trabajador		Medico o Psicólogo	
Nombre	jorge luis vides urquijo	Nombre	Irina Maria Correa Goenaga
			
Firma		Firma	
No. Indentificación	15208909	Sello	