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 MECÁNICA AUTOMOTRIZ Y TRANSPORTE- BTÁ D.C.

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

Código Regional	**11**
Código Centro	**921310**
Fecha Elaboración	**Agosto de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**04217-481563**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	KAREN SANCHEZ CHAVARRO	**Banco a consignar:**	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	1.012.363.688	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	ksanchezc@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	0570473870218715
IP/Nº de contacto:	921310	**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:	5780303/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**5124**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	12

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, DE FORMA PRESENCIAL Y/O VIRTUAL, ASÍ COMO OTRAS ACTIVIDADES QUE SE DERIVEN DE LOS DIFERENTES PROGRAMAS, NIVELES Y ESPECIALIDADES IMPARTIDAS P

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/08/2024 Al 31/08/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 19.946.101
Número de pago	**8**	**Valor Total del Contrato:**	$ 48.079.035
Valor Bruto Pago:	**$ 4.465.545,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 15.480.556

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

		Agosto	Julio
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**30256278**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.786.218	$ 1.786.218
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		$ -	
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%	$ 37.181.350	$ 987.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 6.404.643		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.960.045,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	3.956.445,00	
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	**$4.427.326,00**	

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

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Orientar, apoyar y acompañar en forma permanente e integral a los aprendices cumpliendo con la programación académica predeterminada

Ejercer el control propio de la ejecución contractual con independencia y autonomía de forma oportuna

Participar en comités de seguimiento y evaluación a aprendices, aportando las evidencias necesarias para desarrollar evaluaciones

Presentar en forma mensual al supervisor del contrato y en las fechas establecidas por el centro de formación.

Registrar en las fechas establecidas por la coordinación académica, la evaluación de los resultados de aprendizaje en el aplicativo

Demostrar dentro de los primeros diez (10) días calendario de cada mes, el pago de la seguridad social en salud, pensión y riesgos

Responder por la integridad y buen uso de los materiales, equipos y demás elementos de la institución, puestos bajo su cuidado

Cumplir con los lineamientos de la entidad, portando el carnet en un lugar visible y hacer cumplir esta medida a los aprendices

Participar como apoyo técnico en los trámites de los procesos de bienes y servicios en sus diferentes etapas de contratación

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

Karen Sanchez

KAREN SANCHEZ CHAVARRO
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,

YEISON ALBERTO ROMERO CARRILLO
INSTRUCTOR G14

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
NICANOR TOBAR BELTRAN
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

13/08/24 17:26:11 USUARIO: SIC - C.C. 1012363688

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 1012363688	0	KAREN SANCHEZ CHAVARRO	I	0	POSITIVA - 14-23	ÚNICA	8551	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
11-1	KR 72M 42C 21 SUR		3222490301			KARENCITA0324@HOTMAIL.COM		N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2024-07	2024-07	30256278	I	2024-07-02	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	554.300	0	BANCO DAVIVIENDA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	30256278	2024-08-23	Pagada							

EMPLEADO					NOVEDADES																DÍAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.	Total	Exento de Parafiscales	Actividad Económica
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	EPST	AFPT	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot.	ARL	IBC	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.					
1	CC 1012363688	SANCHEZ CHAVARRO KAREN	1.786.218								X									0			30	30	30	30	COLFONDOS-231001	1.786.218	285.800	0	0	COMPENSAR-EPS-EPS008	1.786.218	223.300	COMPENSAR-CCF24	1.786.218	35.800	1.786.218	9.400	0,00522	0	0	0	0	0	59	0	554.300	N	1855101

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 1012363688	0	KAREN SANCHEZ CHAVARRO	I	0	POSITIVA - 14-23	ÚNICA	8551	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
11-1	KR 72M 42C 21 SUR		3222490301			KARENCITA0324@HOTMAIL.COM		N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2024-07	2024-07	30256278	I	2024-07-02	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	554.300	0	BANCO DAVIVIENDA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	30256278	2024-08-23	Pagada							

TOTALES IBC				
IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
1.786.218	1.786.218	1.786.218	1.786.218	0

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 1)				1	285.800	0	0	0	285.800
COLFONDOS	231001	800227940	6	1	285.800	0	0	0	285.800
EPS(Administradoras: 1)				1	223.300	0	0	0	223.300
COMPENSAR-EPS	EPS008	860066942	7	1	223.300	0	0	0	223.300
ARP(Administradoras: 1)				1	9.400	0	0	0	9.400
POSITIVA	14-23	860011153	6	1	9.400	0	0	0	9.400
CCF(Administradoras: 1)				1	35.800	0	0	0	35.800
COMPENSAR-CCF	CCF24	860066942	7	1	35.800	0	0	0	35.800
Gran Total					554.300	0	0	0	554.300

Hace constar:

Que el Sr(a) KAREN SANCHEZ CHAVARRO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1012363688 realizó el día 26/01/2024 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

La presente constancia tiene validez para aplicación y uso al interior de la entidad, con el fin de dar cumplimiento al Decreto 1072 de 2015, Libro 2, Parte 2, Título 4, Capítulo 6, Articulo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo KAREN SANCHEZ CHAVARRO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1012363688 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

1. Procurar el cuidado integral de mi salud.

2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumiré su costo.

3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.

4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.



Firma

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General

Bogotá D.C.

FECHA: 4 DE FEBRERO 2023

SEÑORES: **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA**

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICO LABORAL CON ÉNFASIS MUSCULOESQUELÉTICO, CARDIOVASCULAR Y PSICOMÉTRICO

EXAMEN MÉDICO: INGRESO: [X] EGRESO: [ ]

Me permito certificar que: **SÁNCHEZ CHAVARRO KAREN,** EDAD: 32 AÑOS

Identificado con cédula de ciudadanía N°**1012363688** DE BOGOTÁ

CARGO: DOCENTE DE INGLÉS

Una vez practicado el EXÁMEN MÉDICO LABORAL, se encuentra:

APTO SIN RESTRICCIONES	X
APTO CON RESTRICCIONES	
NO APTO	

VISIOMETRÍA: AGUDEZA VISUAL LEJANA Y CERCANA AMBOS OJOS: 20/20 CON CORRECCIÓN.

EXAMEN PSICOSOCIAL: APTA Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO DE ACUERDO A LA VALORACIÓN REALIZADA. GLICEMIA: EN LÍMITES NORMALES

RECOMENDACIONES: SOLO LAS SIGUIENTES.

	Control periódico por EPS	X	Control Periódico Ocupacional		Dieta
	Remisión EPS	X	Higiene Postural	X	Ejercicio regular 3 veces a la semana
	Continuar Manejo Médico	X	Utilización EPP		Dejar hábito de fumar
	Seguimiento caso ARL	X	Pausas Activa Periódicas		Reducir consumo de alcohol

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR:

Eh autorizado al doctor abajo mencionado, a realizar en mí el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional (es) registrado (s) en este documento. Conforme quedo registrado en la historia clínica ocupacional. El Doctor abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico (s) ocupacional (es). He comprendido y he entendido la oportunidad de analizar el objetivo, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional (es) a partir de la asesoría brindada antes de las pruebas. He sido informado de las medidas que tomaran LA UNIDAD MÉDICA OCUPACIONAL DEL SUR JM, para proteger la confidencialidad de mis resultados recibidos del concepto médico ocupacional. Manifiesto ante firma bajo la gravedad de juramento que las respuestas dad por mí en este examen (es) médico (s) son completas y verídicas. Autorizo a LA UNIDAD MÉDICA OCUPACIONAL DEL SUR JM, para que suministre a la las personas o a las personas contempladas para el buen cumplimiento del sistema en seguridad y salud en el trabajo

JAVIER EDUARDO MORENO RAMOS **MÉDICO Y CIRUJANO** **ESPECIALISTA SALUD OCUPACIONAL** **LIC S.O. 3235/2017** **RM 46124761244** **FIRMA Y SELLO**	**ASPIRANTE O TRABAJADOR** **SÁNCHEZ CHAVARRO KAREN,** **CC1012363688** Karen Sanchez.	**HUELLA**

JAVIER EDUARDO MORENO RAMOS
MÉDICO Y CIRUJANO
ESP. SALUD OCUPACIONAL
LIC. SO 3235/2017
R.M. 46124761244

Av. Primero de Mayo TV 74 # 40 B 69 sur 2° piso
Tel 2652890 Celular 3137314040

LABORATORIO CLÍNICO

ZONAMEDICA
Nit. 900170994-9

ZONAMEDICA MR SAS - IPS
900170994

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

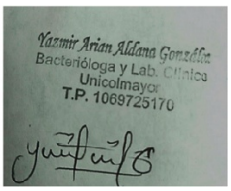
Fecha y Lugar: 31/08/2022 BOGOTA D.C
Paciente: KAREN SANCHEZ CHAVARRO
Género FEMENINO **Edad:** 32
Fecha Nacimiento: 24/03/1990
Estado Civil: SOLTERO(A)
Dirección AV CALLE 57 R SUR # 69 A 30
Empresa SENA-CTT

Tipo de Examen: SEGUIMIENTO
Identificación: 1012363688
Teléfono **Móvil:** 3222490301
Cargo: INSTRUCTOR
EPS: NUEVA EPS - Nueva Promotora de Salud
Escolaridad: PROFESIONAL

Informe de Laboratorio: 499976

EXÁMENES REALIZADOS

Exámenes	Resultados	Valores de Referencia	Notas
GLICEMIA - FECHA Y HORA EXACTA: 2022-09-05 10:55:06.0000	79mg/dl	70-110 mg/dl	
PERFIL LIPIDICO - FECHA Y HORA EXACTA: 2022-09-05 10:55:08.0000			
COLESTEROL HDL	51 mg/dl	Mayor de 40 mg/dl	
COLESTEROL LDL	126 mg/dl	Hasta 160 mg/dl	
COLESTEROL TOTAL	200 mg/dl	Hasta 200 - Riesgo Medio<239 - Riesgo Alto>240	
TRIGLICERIDOS	117 mg/dl	Hasta 200 mg/dl	



YAZMIR ARIAN ALDANA GONZALEZ -
Profesional

KAREN SANCHEZ CHAVARRO 1012363688
Firma y cédula del Paciente

USO EXCLUSIVO DEL PACIENTE