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	**63415-615950**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	MANUEL MEDINA MELO	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	6.751.254	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	manmedina@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	91200273210
IP/Nº de contacto:	3103494132	**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?	SI
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:	5832080/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**11524**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	10

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:**	$ 17.862.180
Número de pago	**7**	**Valor Total del Contrato:**	$ 44.655.450
Valor Bruto Pago:	**$ 4.465.545,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 13.396.635

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	**$ 3.181.245**	**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		----------	**30407193**
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		$ 0	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL	IV	$ -	$ 0
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%	$ 30.984.458	$ 1.061.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 6.365.122		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	3.181.245,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.242.245,00	
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	40.980,00	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	**$4.424.565,00**	

SON: CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS VEINTICUATRO MIL QUINIENTOS SESENTA Y CINCO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ficha 2824318 TECNOLOGO GESTION INTEGRAL DE TRANSPORTE

fICHA 2930267 TECNICO CONTROL DE MOVILIDAD, TRANSPORTE Y SEGURIDAD VIAL

FICHA 2869406 TECNOLOGO GESTION INTEGRAL DE TRANSPORTE - INVESTIGACION -

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

MANUEL MEDINA MELO
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 20:28:05 USUARIO: SIC - C.C. 6751254

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	MANUEL MEDINA MELO
IDENTIFICACIÓN:	CC-6751254
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2024-08-12
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2024-08-14
FECHA DE PAGO:	2024-08-12
ENTIDAD DE PAGO:	BANCOLOMBIA
PERÍODO PENSIÓN:	2024-07
PERÍODO SALUD:	2024-07
NÚMERO PLANILLA:	30407193
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	30407193
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS008	860066942	COMPENSAR-EPS	1	$ 1.786.218	$ 0	$ 0	$ 0	$ 223.300	$ 223.300
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 1.786.218	$ 0	$ 0	$ 0	$ 9.400	$ 9.400
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 232.700	$ 232.700

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	12/09/2024

Hace constar:

Que el Sr(a) MANUEL MEDINA MELO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 6751254 realizó el día 13/02/2024 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:

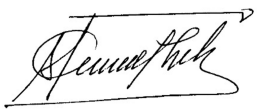
Yo MANUEL MEDINA MELO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 6751254 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

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



CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

ALIADOS SALUD OCUPACIONAL SAS.
Nit: 830.082.968-6
Licencia Salud Ocupacional Resolución No. 7095/2015
202302468

Se certifica que al señor(a):	**MANUEL MEDINA MELO**
Identificado(a) con documento:	**CC 6751254**
Se le practicaron los exámenes:	**EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL** **GLICEMIA** **OPTOMETRIA** **PRUEBA PSICOLOGICA**
Tipo de exámen:	**PREOCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR**
Empresa:	**SENA**
Cargo:	**INSTRUCTOR**
Fecha:	**28/01/2023**

Los exámenes arrojaron como resultado: **APTO SIN RESTRICCIÓN**

Restricciones:

NINGUNA.

Recomendaciones laborales:

INCLUIR AL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA: CARDIOVASCULAR.
SEGUIR EL PROGRAMA DE SALUD OCUPACIONAL DE LA EMPRESA.
USAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL.
HACER PAUSAS ACTIVAS.
HIGIENE POSTURAL.

ALIADOS SALUD OCUPACIONAL S.A.S. NIT.: 830.082968 - 6

Recomendaciones generales:

LAVADO FRECUENTE DE MANOS.
DISTANCIA INTERPERSONAL.
ESTILO DE VIDA SALUDABLE.
CONTROL CON MEDICO GENERAL EN SU EPS.
TOMAR MEDICACION INDICADA EN SU EPS.

Dr. Julio E. Silva Rodríguez
Salud Ocupacional 25-2305/2015
R.M. 8799
c.c. 19.281.426

ALIADOS SALUD OCUPACIONAL S.A.S. NIT.: 830.082968 - 5

Dr. Julio E. Silva Rodriguez
Salud Ocupacional 25-2305/2015
R.M. 8799
c.c. 19.281.428

DR. JULIO ESCIPION SILVA RODRIGUEZ
MEDICO - ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
LICENCIA: 2305 DE 2015

MANUEL MEDINA MELO
CC 6751254

Certifico, que los datos aportados por mí en la presente historia clínica son verídicos y no he omitido información actual o de antecedentes de mi salud, me hago responsable de la misma conociendo las implicaciones legales; así mismo, he recibido información clara por parte del personal médico sobre el procedimiento realizado y he conocido el resultado para acatar las recomendaciones

Dr. Julio E. Silva Rodríguez
Salud Ocupacional 25-2305/2015
R.M. 8799
c.c. 19.281.428

ALIADOS SALUD
OCUPACIONAL S.A.S
NIT : 830.082968 - 6

ALIADOS SALUD
OCUPACIONAL S.A.S
NIT : 830.082968 - 6

Dr. Julio E. Silva Rodríguez
Salud Ocupacional 25-2305/2015
R.M. 8799
c.c. 19.281.428

ALIADOS SALUD
OCUPACIONAL S.A.S
NIT : 830.082968 - 6

PSICOLOGÍA

EVALUACION PSICOLóGICA	MOTIVO: EXAMEN MENTAL Y DE PERSONALIDAD	
EMPRESA EMPLEADORA: Sena.		CIUDAD Bogota
EXÁMEN DE : INGRESO PERIóDICO X ESPECIAL OTRO		FECHA: DIA 28 MES 07 AÑO 2023

INFORMACIóN DEL EVALUADO

NOMBRE: Manuel Medina Melo	C.C.: 6751254	T.EXPERIENCIA: 23
LUGAR DE NTO : Quitama	FECHA: D 20 M 03 AÑO 1950	EDAD: 72 AÑOS
ESCOLARIDAD: PRI__ BTO__ TEC__ TEG__ UNIV X ESP__	ESTADO CIVIL: S__ C X U L__ D__	No. HIJOS: 3
PROFESIóN: Ingeniero	CARGO: Instructor tecnico	

EXAMEN MENTAL	PARÁMETRO NORMAL		PRESENTA ALTERACION		CUAL
	SI	NO	SI	NO	
PORTE, ACTITUD, CONCIENCIA, SENSO-PERCEPCIóN	✓			✓	
ATENCION, CONCENTRACIóN Y MEMORIA	✓			✓	
ORIENTADO EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA	✓			✓	
CAPACIDAD INTELECTUAL: PENSAMIENTO, JUICIO LóGICO Y COMPRESIóN.	✓			✓	
LENGUAJE MODULADO Y COHERENTE	✓			✓	
LECTURA – ESCRITURA	✓			✓	
MOTRICIDAD FINA	✓			✓	
MOTRICIDAD GRUESA	✓			✓	
SUEÑO					

PERSONALIDAD	PRESENTA ALTERACION		CUAL
	SI	NO EVIDENCIA	
TRASTORNO DE PERSONALIDAD Y DE COMPORTAMIENTO		NO EVIDENCIA ✓	
TRASTORNOS PSICóTICOS		NO EVIDENCIA ✓	
ESTABILIDAD EMOCIONAL Y AUTOCONTROL		NO EVIDENCIA ✓	
TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO: DEPRESIóN		NO EVIDENCIA ✓	
ANSIEDAD		NO EVIDENCIA ✓	
ESTRÉS		NO EVIDENCIA ✓	
FOBIA A LAS ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS		NO REPORTA ✓	
TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS		NO REPORTA ✓	
CONSUMO DE ALCOHOL		FRECUENCIA: D__S__	OCASIONAL___
CONSUMO DE CIGARRILLO		FRECUENCIA: D__S__	OCASIONAL___

COMPETENCIAS LABORALES	RESULTADO		
CAPACIDAD DE ADAPTACIóN: (A OTRAS EXIGENCIAS).	ADECUADO ✓	VARIABLE___	MEJORAR___
ORIENTACIóN A RESULTADOS : (ESTABLECER Y LOGRAR METAS)	ADECUADO ✓	VARIABLE___	MEJORAR___
AUTOESTIMA:(CONFIANZA EN SUS CAPACIDADES)	ADECUADA ✓	VARIABLE___	MEJORAR___
TRABAJO EN EQUIPO:	SI NO	INDEPENDIENTE	AMBOS____
HABILIDADES SOCIALES Y DE COMUNICACIóN:	ADECUADAS ✓	INTROVERTIDO	EXTROVERTIDO
CAPACIDAD PARA TRABAJO BAJO PRESIóN: N/A__	ADECUADA ✓	VARIABLE	MEJORAR
MOTIVACIóN Y VALORES			
INTEGRIDAD Y VALORES	RESPONSABLE ✓	HONESTO ✓	COLABORADOR ✓
OTROS:			

RESULTADO: Examen Mental y de personalidad, dentro de los parámetros normales SI ✓ NO ___

Observaciones: _____

APTO ✓ **NO APTO**___ **APTO CON RESTRICCIóN** _____

ALIADOS SALUD OCUPACIONAL S.A.S NIT: 830.062368-6

EVALUADOR Psc. María del Carmen Pérez Psicóloga Esp en S.O. U.J.T.L. Resc. 2021 21/7/17

EVALUADO _____

C. C. 6751254