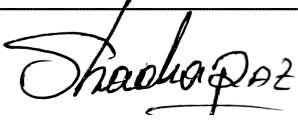
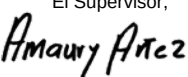


<div><div>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</div></div>	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)		Código Regional		44	
			Código Centro		952410	
			Fecha Elaboración		Agosto de 2024	
			Versión		MARZO 2024 - 2,24	
			ID de Proceso		15681-430301	
REGIONAL GUAJIRA						
CENTRO AGROEMPESARIAL Y ACUICOLA-GUAJIRA						
Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1						
DATOS DEL CONTRATISTA						
Nombres y apellidos:		SHADIA OJEDA PAZ		Banco a consignar:		BANCO AGRARIO DE COLOMBIA
Cédula de Ciudadanía		1.124.039.522		Tipo de cuenta:		AHORROS
Correo electrónico:		sojeda@uniguajira.edu.co		Número de Cuenta:		436300092228
IP/N° de contacto:		0000		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						
N° del contrato:		5872387/2024		N° Compromiso SIIF		7424
				Número de pagos durante la vigencia del contrato		11
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		INSTRUCTOR: PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL DE ARTESANO, TÉCNICOS TECNÓLOGOS Y/O PROFESIONALES QUE SE DESEMPEÑEN COMO INSTRUCTORES EN LOS PROGRAMAS TÉCNICOS DE FORMACIÓN TITULADA DE LA PROGRAMACIÓN DE ARTICULACIÓN CON LA MEDIA E				
DATOS PERIODO DEL PAGO						
Del		01/08/2024		Al		31/08/2024
Número de pago		7		Saldo Anterior del Contrato:		\$ 15.305.200
Valor Bruto Pago:		\$ 3.452.303,00		Valor Total del Contrato:		\$ 34.239.215
				Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 11.852.897
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		\$ 2.288.303		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR						
		Agosto		Julio		Base retención en la fuente a titulo de RENTA
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----		4558761141		Base retención en la fuente a titulo de ICA
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.380.921		\$ 1.380.921		Valor base IVA
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 172.700		\$ 172.700		IVA (Si es RESPONSABLE)
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 221.000		\$ 221.000		Menos Retención en la Fuente
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -		\$ 0		Menos Retencion IVA
ARL		\$ 7.300		\$ 7.300		Reteica - 8299 - RIOHACHA
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		\$ -				Estampilla Prouniversidad de la Gua
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		\$ -				Estampilla Prodesarrollo Fronterizo
Intereses Prestamo de Vivienda		\$ -				Estampilla Prodesarrollo Dptal
Dependientes hasta		\$ -				Estampilla Pro-Cultura
Salud hasta		\$ 753.040		\$ -		Otras Retenciones
Renta Exenta 25%		\$ 34.082.904		\$ 763.000		
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 5.860.000				
Retención en la Fuente Contingente		\$ -				Descuentos de embargo (Si tiene)
						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						
programa de formacion		competencia		ficha		institucion
ambiente		horas				
tejeduria en telar		elaborar productos		2727608		ins. puerto estrella
aula de artesanía		60				
tejeduria en telar		elaborar productos		2727617		ins. puerto estrella
aula de artesanía		59				
tejeduria en telar		elaborar productos		2727615		ins. puerto estrella
aula de artesanía		59				
total de horas						178
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						
<div></div>						
SHADIA OJEDA PAZ 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 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.						
<div><div>Autorizo el presente pago.</div><div>El Supervisor,</div><div></div></div>						
AMAURY SEGUNDO AÑEZ GAMEZ PROFESIONAL G02						
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						
ANGELICA PATRICIA SAN JUANELO MORAN						
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)						

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE					DATOS GENERALES DE LA PLANILLA																																					
TIPO IDENTIFICACIÓN:		CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:		1124039522					NÚMERO PLANILLA:		4558761141			TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES																									
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:					SHADIA OJEDA PAZ					PERIODO COTIZACIÓN OTROS		MES		julio AÑO		2024		2024																								
CIUDAD/MUNICIPIO:		RIOHACHA	DEPARTAMENTO:		GUAJIRA					DÍAS DE MORA:				0		PERIODO COTIZACIÓN SALUD:		MES																								
DIRECCIÓN:		CLL 4A 20 26	TELÉFONO:		5555555					FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/07/30				NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9999486778																								
TIPO APORTANTE:		02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:		I-INDEPENDIENTE																																					
TIPO EMPRESA:		PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:		Comercio al por mayor de computadores, equipo per																																					
FORMA DE PRESENTACIÓN:		ÚNICO																																								
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO																																							

TOTAL APORTES A PENSIÓN												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	\$ 221.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 221.000	\$ 0	\$ 221.000
SUBTOTALES:										\$ 221.000	\$ 0	\$ 221.000

TOTAL APORTES A SALUD																	
ADMINISTRADORA			No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE			NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPSIC1	EPSIC1-DUSAKAW		1		\$ 0			\$ 0		\$ 172.700		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 172.700
SUBTOTALES:														\$ 172.700	\$ 0	\$ 0	\$ 172.700

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 7.300	\$ 7.300	\$ 0	\$ 0	\$ 7.300
SUBTOTALES:									\$ 7.300	\$ 0	\$ 0	\$ 7.300

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																											
DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES														SEGURIDAD SOCIAL												PARAFISCALES																							
Nº	IDENTIFICA CIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN						SEGURO SOCIAL						ARP						IBC	CCF					SEN	ICBF	ESAP	MINEDU						
																										ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APOORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APOORTE	ADMIN	DÍAS COT		IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APOORTE	DÍAS COT	IBC					TOTAL APOORTE	ADMIN	TOTAL APOORTE	TOTAL APOORTE	TOTAL APOORTE	TOTAL APOORTE
																														SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO																										
1	CC 1124039522	OJEDA PAZ SHADIA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		\$ 1.380.921			NO																		230301-PORVENIR	30	1.380.921	\$ 221.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 221.000	EPSIC1-DUSAKAW	30	1.380.921	\$ 172.700	\$ 0	\$ 172.700	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	1.380.921	\$ 112403952	\$ 7.300	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0							

TOTAL \$ 401.000

	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA										
	REGIONAL GUAJIRA – GRUPO DE TALENTO HUMANO - SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO										
	FORMATO DE VERIFICACION DE CUMPLIMIENTO CIRCULAR No. 3-2024-000021 PARA LOS EXAMENES MEDICOS OCUPACIONALES DE PREEMPLEO 2024										
REGIONAL	GUAJIRA										
NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA:		SHADIA OJEDA PAZ									
No DE CEDULA:		1124039522									
FECHA DE REALIZACIÒN:		15/08/2024									
VIGENCIA:		Agosto del 2027. De acuerdo con artículo 2.2.4.2.2.18.1 Exámenes médicos ocupacionales del decreto 1072 de 2015 (Vigencia de tres (3) años a partir de la fecha en la que se hizo los exámenes médicos)									
CONCEPTO DE MEDICINA LABORAL											
Luego de realizar la revisión del proceso del examen médico ocupacional de preempleo de la contratista en mención, se concluye que cumple con los documentos solicitados en la circular 3-2024-000021 del 26 de enero de 2024 en el rol de:											
CIU		AREA DEL CONTRATISTA		LABOR		EXAMENES PREEMPLEO		ENFASIS DEL EXAMEN MEDICO LABORAL		VACUNACIÓN OBLIGATORIA HEPATITIS B	
1855301		I Instructores		Instructores		Visiometría Audiometría Glicemia Perfil lipídico y EKG en mayores de 45 años		Psicosocial – Musculoesquelético		No	
¿Requiere remisión a sistema de vigilancia epidemiológica?						SI		X		NO	
Si la respuesta es afirmativa defina a cuál sistema de vigilancia epidemiológica es remitido:											
BIOMECANICO:		AUDITIVO Y VOZ		BIOLOGICO:		QUIMICO:		VISUAL		DERMATOLOGICO	
										CARDIOVASCULAR	
										X	
<div></div> <div>SARA SILVIA PEREZ ILLIDGE Res S.O. 0263 de 2.017 FIRMA MEDICO LABORAL REGIONAL GUAJIRA</div>											



shadycaro ojeda <sojeda@uniguajira.edu.co>

Soporte de Pago SOI - Planilla 4558761141 2024-07

1 mensaje

soportesoi@achcolombia.com.co <soportesoi@achcolombia.com.co>
Para: SOJEDA@uniguajira.edu.co

30 de julio de 2024, 16:24



Cordial saludo,

¡Tu planilla ha sido pagada con éxito!.

Adjunto a este correo encontrarás un archivo que contiene la información del pago de Seguridad Social y Parafiscales correspondiente al periodo del asunto, con fecha de pago efectiva el día 30/07/2024.

Podrás abrir el documento adjunto, usando el número de identificación del Aportante.

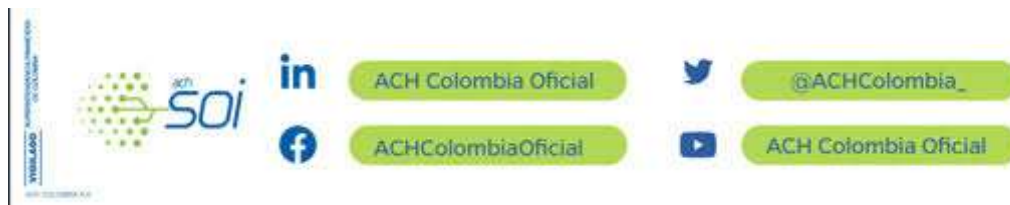
Recuerda mantener tus datos actualizados para estar en contacto contigo.

Cordialmente,
SOI La red de la Seguridad Social



Por favor no responda a este mensaje ya que se ha enviado de forma automática. Si requiere información adicional, contáctese con nuestras líneas de Servicio al Cliente.

AVISO LEGAL: Este mensaje y sus anexos está dirigido para ser usado únicamente por su(s) destinatario(s) y pueden contener información confidencial y/o reservada protegida legalmente. Si usted no es el destinatario, se le notifica que cualquier distribución o reproducción del mismo, o de cualquiera de sus anexos, está estrictamente prohibida. Si usted ha recibido este mensaje por error, notifíquenos inmediatamente y elimine su texto original, incluidos los anexos, o destruya cualquier reproducción del mismo. Cualquier uso, divulgación, copia, distribución, impresión o acto derivado del conocimiento total o parcial de este mensaje sin autorización de ACH COLOMBIA S.A será sancionado de acuerdo con las normas legales vigentes. De otra parte, al destinatario se le considera custodio de la información contenida y debe velar por su confidencialidad, integridad y privacidad. Las opiniones contenidas en este mensaje son responsabilidad exclusiva de quien las emite y no necesariamente reflejan la opinión de ACH COLOMBIA S.A. Este mensaje ha sido verificado con software antivirus. En consecuencia, ACH COLOMBIA S.A. no se hace responsable por la presencia en él, o en sus anexos, de algún virus que pueda generar daños en cualquier equipo o programa del destinatario.



ComprobanteDePago.4558761141.pdf

168K