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 CESAR

CENTRO AGOREMPRESARIAL-CESAR

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

Código Regional	**20**
Código Centro	**952010**
Fecha Elaboración	**Diciembre de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**79228-066508**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	JORGE RIZZO AGUILAR	**Banco a consignar:**	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	13.352.000	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	jorgerizzo23@gmail.com	**Número de Cuenta:**	256000692044
IP/Nº de contacto:	3202527083	**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**	SI

¿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:	6001022/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**30624**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	10

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: CAMPESENA EN EL ÁREA DE AGRÍCOLA PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL PRESENCIAL Y/O VIRTUAL EN LOS PROGRAMAS DE FORMACIÓN REGULAR TITULADA Y/O COMPLEMENTARIA DEL CENTRO CPE NO. 20-9-2024-002317

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/12/2024 Al 13/12/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 1.935.070
Número de pago	**10**	**Valor Total del Contrato:**	$ 42.124.975
Valor Bruto Pago:	**$ 1.935.070,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 0

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 1.935.070	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	**$ 1.935.070**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.174.463**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Diciembre	Noviembre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**8633286114**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.300.000	$ 1.786.218
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 162.500	$ 223.300
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 0	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL II		$ 13.600	$ 18.700
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		$ 193.507	
Salud hasta	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 30.984.458	$ 391.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 11.857.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	1.174.463,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	0,00	
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	0,00	0,000%
-	0,00	0,000%
-	0,00	0,000%
-	0,00	0,000%
-	0,00	0,000%
Pro-Universidad	9.675,00	0,500%
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	**$1.925.395,00**	

SON: UN MILLÓN NOVECIENTOS VEINTICINCO MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Impartir la formación profesional presencial en los programas de formación campeSENA

PROGRAMA: CONSERVACION DE FORRAJES Y ELABORACION DE SUPLEMENTOS PARA ALIMENTACION DE RUMIANTES HORAS: 60 FICHA: 3135544

PROGRAMA: MANEJO RACIONAL DE PLAGUICIDAS FICHA: 3135544

FORMACION TITULADA FICHA: 3118604- PRODUCCION AGROPECUARIA SAN ALBERTO FICHA: 3029355- PRODUCCION AGROPECUARIA TAMALAMEQUE

Planear y ejecutar el proceso de planeación pedagógica, proyección de guías, planes de trabajo, como así mismo, material de apoyo

Usar los Instrumentos de reconocimientos de saberes previos a los aprendices de las fichas asignadas Teniendo en cuenta la competenc

Realizar reconocimientos en la inducción o una vez inicie su competencia. En cada formación mediante la técnica de lluvia de ideas

Llevar el control de asistencias en formato no controlado de los programas de formación asignadas

Se asocio los aprendices a la ruta de aprendizaje de los programas de formación complementaria

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 RIZZO AGUILAR
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,

JOSE ALEJANDRO OROZCO OCHOA
INSTRUCTOR G08

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
SADY TORCOROMA CASELLES OSORIO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

CONSTANCIA DE PAGO

Período Pensión: 2024-11
Período Salud : 2024-11

Se certifica que en la fecha 2024-12-02 el aportante y/o empresa JORGE RIZZO AGUILAR con documento de identificación CC 13352000 sucursal 0, canceló los aportes de seguridad social correspondientes al cotizante RIZZO AGUILAR JORGE identificado con CC-13352000, dirigido a las siguientes entidades administradoras:

Datos Aportante	
Identificación	Razón Social
CC-13352000	JORGE RIZZO AGUILAR

Datos Planilla			
Número Planilla	Tipo Planilla	Fecha de Pago	Tarifa Riesgos Laborales
8633286114	I	2024-12-02	0,01044

Datos Administradoras

Tipo	NIT	Código	Nombre	Dias
EPS	900156264	EPS037	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.	30
ARL	860011153	14-23	ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	30

PAGADO

	Versión: 05
	Código: GTH- F- 074

Proceso Gestión de Talento Humano

Formato Entrega de Bienes e Información de Ejecución Contractual por el Contratista

NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA:	**JORGE RIZZO AGUILAR**					**IDENTIFICACIÓN**
CIUDAD	**AGUACHICA**	**FECHA**	**13/12/2024**	**REGIONAL**	**CESAR**	**13.352.000**
DIRECCIÓN U OFICINA DONDE SE EJECUTÓ EL CONTRATO:		**CENTRO AGROEMPRESARIAL**				
NÚMERO Y FECHA DE CONTRATO:	**CO1.PCCNTR. 6001022 del 01 de Marzo del 2024**					

CAUSAL DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO

LIQUIDACIÓN POR MUTUO ACUERDO	**X**	**CESIÓN**		**LIQUIDACIÓN ANTICIPADA POR MUTUO ACUERDO**		**TERMINACIÓN UNILATERAL**	

DEPENDENCIA SENA	**Marcar con x**	**RESPONSABLES**	
		NOMBRES Y APELLIDOS	**FIRMA**
GESTIÓN DE TIC	X	**NATANIEL ROMERO OÑATE**	Firmado digitalmente por Nataniel Romero Oñate Fecha: 2024.12.10 10:44:55 -05'00'
ADMINISTRACIÓN DE DOCUMENTOS	X	**DAYCE DIAZ GRANJA**	DAYCE DIAZ GRANJA Firmado digitalmente por DAYCE DIAZ GRANJA Fecha: 2024.12.03 15:49:24 -05'00'
SERVICIOS GENERALES, ADQUISICIONES (Administración de edificio; Contratación)	X	**ORLANDO RUEDA BLANCO**	Firmado digitalmente por Orlando Rueda Blanco Fecha: 2024.12.10 10:22:15 -05'00'
BIBLIOTECA	X	**LUZ CARIME GANDUR**	Firmado digitalmente por Luz Carime Gandur Gomez Fecha: 2024.12.04 07:26:05 -05'00'
PRESUPUESTO	X	**LAURA CUADRADO AREVALO**	Firmado digitalmente por Laura Karina Cuadrado Arevalo Fecha: 2024.12.05 09:39:16 -05'00'
CONTABILIDAD	X	**EIDIS ARRIETA MARTINEZ**	Firmado digitalmente por EIDIS ALEXANDRA ARRIETA MARTINEZ Fecha: 2024.12.09 12:04:27 -05'00'
TESORERIA	X	**YACIRA NAVARRO CABAS**	Firmado digitalmente por YACIRA ELENA NAVARRO CABAS Fecha: 2024.12.09 17:36:11 -05'00'
COORDINACIÓN DE: ÁREA/GRUPO/LIDER/ ACADEMICA	X	**JOSE ALEJANDRO OROZCO OCHOA**	Firmado digitalmente por Jose Alejandro Orozco Ochoa Fecha: 2024.12.10 11:41:31 -05'00'
SUPERVISOR DE CONTRATO (Entrega de Carné)	X	**JOSE ALEJANDRO OROZCO OCHOA**	Firmado digitalmente por Jose Alejandro Orozco Ochoa Fecha: 2024.12.10 11:41:43 -05'00'
ALMACÉN E INVENTARIOS	X	**Generar reporte de https://miinventario.sena.edu.co/Inicio.aspx y anexar al formato en PDF junto a este paz y salvo, garantizando que no tiene elementos a su cargo.**	

ELEMENTOS FALTANTES U OBLIGACIONES PENDIENTES (Relacionar con su respectivo valor)

OTROS : _____

Firma del Contratista

De acuerdo con los registros del Sistema para la Administración y Control de Bienes SACB, el Sr(a) JORGE RIZZO AGUILAR identificado(a) con CC. 13352000 NO registra bienes a cargo.

Fecha de emisión del reporte: 28 de Noviembre de 2024 a las 08:24:34

El cuentadante responde administrativa y fiscalmente por los bienes aquí relacionados y rendirá cuentas de su utilización. Todo ello según lo dispuesto sobre este particular en la Constitución Política Nacional Art. 124 y en especial lo establecido en los numerales 21 y 22 del Art. 34 de la Ley 734 de 2002; Resolución 1378 de 2018 y en las obligaciones generales de los Contratos de Prestación de Servicios.

CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

Aguachica-Cesar, 15 de Octubre 2024

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Ciudad

Asunto: Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deduciblede la base gravable de retención en la fuente.

Bajo la gravedad del juramento, en mi calidad de contratista de prestación de servicios personales yen cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario y el artículo 1.2.4.1.18. del Decreto 1625 de 2016, informo que las personas relacionadas a continuación,tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

CC	**1065635321**	**MARIA FERNANDA RIZZO MIRANDA**	**HIJA**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente mayores de 18 años que se encuentren en situación de dependencia, originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.

Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad arriba citada.

Igualmente con mi firma declaro: que **NINGUNA PERSONA** ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

Cordialmente,

FIRMA



JORGE RIZZO AGUILAR
Contratista
C.C. No.13.352.000


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NÚMERO 1.065.635.321
RIZZO MIRANDA
APELLIDOS
MARIA FERNANDA
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 16-JUL-1991
TAMALAMEQUE
(CESAR)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.67
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
03-OIC-2009 VALLEDUPAR
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL

EPICRISIS

N°. Historia Clínica: 1065635321

DATOS PERSONALES

ENTIDAD: NUEVA EPS S.A.
PACIENTE: MARIA FERNANDA RIZZO MIRANDA N° DOCUMENTO: CC 1065635321 EDAD: 30 Años 5 Meses y 6 Días SEXO: F
RC: DIRECCION: CALLE 45 # 1-24 BARRIO NUEVA GRANADA TAMALAMEQUE TELÉFONOS: 3107645032 - 3202527083

DATOS DE LA EPICRISIS

Fecha Ingreso: martes, 7 de septiembre de 2021
Fecha Egreso: miércoles, 22 de diciembre de 2021
Tiempo de Estancia:

DIAGNOSTICO DE INGRESO: F319 TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, NO ESPECIFICADO
OTROS DIAGNOSTICOS DE INGRESO:
DIAGNOSTICO EGRESO F319 TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, NO ESPECIFICADO
OTROS DIAGNOSTICOS DE EGRESO:

EPICRISIS: Paciente femenina de 30 años de edad, natural de Tamalameque (Cesar) remitida del ESE. HOSPITAL TAMALAMEQUE, en compañía de familiar Madre: Maria Isidora Miranda Lima, paciente con antecedente de: Trastorno afectivo bipolar, el cual debuta aproximadamente a los 18 años de edad, niega antecedentes de hospitalizaciones, en manejo con Quetiapina, Carbamazepina, Trialite, Lorazepam, con muy mala adherencia a manejo ambulatorio, la cual presenta cuadro clinico exacerbado en últimos días consistente con sintomas depresivos, llanto fácil, cambios en el comportamiento, conductas heteroagresivas en circulo familiar, "Esta Agresiva", mutismo selectivo, lenguaje incoherente, asociado alteración del patrón del sueño de tipo insomnio, (duerme 4-5 horas) cuadro psicótico, ideas delirantes, "familiar refiere que tenia un novio hace como 9 años, estudiaba 8vo semestre de derecho y luego inicio los sintomas veia cosas, no ha ejercido su profesión por el trastorno" refiere además antecedentes de alucinaciones de tipo visuales "al inicio desde los 18 años veia cosas; que alguien se la llevaba", perdida del autocuidado, niega consumo de sustancias psicoactivas; Actualmente convive con sus padres. En el momento la paciente se encuentra ansiosa, intranquila, adecuados hábitos higiénicos, sin sintomatologia psicótica presente en el momento, hipoprosexica, mutismo selectivo, sueño alterado, pensamiento con ideas de minusvalia, niega alteración en la sensopercepción, hipotimica, sin conciencia de enfermedad mental. Motivo por el cual se dirige al servicio de urgencias, donde fue asistida y posterior enviada a este centro para valoración especializada quien teniendo en cuenta lineamientos para covid-19 se decide su ingreso. Ingresa a programa de rehabilitación de psiquiatria, Se inicia tratamiento via oral Y seguimiento por grupo interdisciplinar. Se observa en epicrisis reporte de laboratorios con fecha de notificación del 06/09/2021 Leuco: 6.500; Neutrófilos: 67%; Hb: 11; Hto: 35%; Esoinofilo: 3; Basófilos: 1 Monocitos: 29; VDRL: NEGATIVO; VIH. NO REACTIVO; HbsAg: Negativo; Prueba de embarazo: Negativa. Uroanalisis: color: amarillo; aspecto: turbio; densidad: 1020; PH: 6,5; CETONA: + Se realiza test de toxicologia al ingreso reportando: Negativo para SPA. Plan: Hospitalizar dieta completa. Olanzapina tab 10mg 1-0-1. Biperideno tab 2mg 1-0-1. Midazolam amp 5mg IM c/12h 1-0-1 Haloperidol 5mg amp C/12 hrs 1-0-1 laboratorios de ingreso control S/S: Uroanalisis, Glicemia, AST, ALT, Coprológico. Observación permanente; por conducta auto y heteroagresivas, poco control de impulsos. Seguimiento control por el equipo interdisciplinario de la entidad. Actualmente Viva. Tranquilo, tolera via oral y oxigeno ambiente, Paciente que actualmente muestra compromisos con la toma de medicamentos en horarios establecidos, evidencia participación bajo estimulo en diversos talleres programados por las distintas áreas de intervención, muestra cambios importantes. Paciente que inicialmente mantuvo labilidad afectiva, llanto facil, se mantuvo demandante de salida, miutismo selectivo, idesa de minusmalia, ansiosa, demandante de atención, pensamiento incoherente. Posterior a tratamiento terapéutico farmacológico, psicoeducación, psicoterapia y terapia ocupacional, se evidencia mejoria de cuadro clinico de ingreso. Paciente con signos vitales dentro de los parámetros normales. TA: 110/70 mmhg, Fc: 82 lpm, Fr: 18 rpm, T: 36.3 °C. Sat Ox 99%. Paciente deambula por sus propios medios, orientada, sin alteraciones psicóticas, presenta conciencia parcial de enfermedad mental, presentación personal adecuada, vestimenta acorde a la ocasión, euprosexica, eupsiquica, buen patrón del sueño, riesgo medio de recaida por no toma o abandono de medicamento. Se da el alta por psiquiatria y se aconseja reforzar el apoyo familiar enfatizando el riesgo de recaida y lo importante del control parental, la toma del tratamiento de manera adecuada y en horarios establecidos, asi como la asistencia a sus controles periódicos por los servicios de psicologia y psiquiatria de su EPS. ? PLAN: Alta medica 1- Cita control en 1 mes por servicio de psicologia de su EPS. 2- Cita control en 1 mes por el servicio de psiquiatria de su EPS. 3- Quetiapina 300 mg tab V.O C/12 horas 1-0-2 #90 Uso: Una tableta via oral cada 12 horas, tomar una tableta

Software KiBOX (www.kibox.com.co Cel: 3185270050 hannercoronel@gmail.com)

Powered by CamScanner

EPICRISIS

OS PERSONALES

ENTIDAD: NUEVA EPS S.A. **N°. Historia Clínica:** 1065635321

PACIENTE: MARIA FERNANDA RIZZO MIRANDA **N° DOCUMENTO:** CC 1065635321 **EDAD:** 30 Años 5 Meses y 6 Días **SEXO:** F

EC: **DIRECCIÓN:** CALLE 45 # 1-24 BARRIO NUEVA GRANADA TAMALAMEQUE **TELÉFONOS:** 3107645032 - 3202527083

en la mañana y 2 tabletas en la noche. 4- Carbonato de Litio 300 mg tab V.O C/8 horas 1-1-2 #120 Uso: Una tableta via oral cada 8 horas, tomar una tableta en la mañana, un tableta en la tarde, y 2 tabletas en la noche. Se dan indicaciones recomendaciones y signos de alarma.

Adriana Toloza
Médico Psiquiatra
C.C. 1.065.635.321.714

ADRIANA PAOLA TOLOZA CADENA
PSIQUIATRA

Software KIBOX (www.kibox.com.co Cel: 3185270050 tannercoronel@gmail.com)

Powered by CamScanner