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 ATLÁNTICO

CENTRO INDUSTRIAL Y DE AVIACIÓN- ATLÁNTICO

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

Código Regional	**8**
Código Centro	**920810**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**63477-732863**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	JAMES OTERO FARRAYANS	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	8.782.874	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	jamesoterof@gmail.com	**Número de Cuenta:**	48100006101
IP/Nº de contacto:		**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 2024**	NO

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	NO
Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a $65.891.000	NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2025 es igual o superior a $164.336.700 (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:	7432627/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**105225**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	10

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	RP-INSTRUCTOR:MEDIANTE LA ESTRATEGIA DE APRENDIZAJE POR PROYECTOS EN LOS PROGRAMAS DE FORMACIÓN DE ARTICULACION CON LA EDUCACION MEDIA - AREA: CONFECCIONES, ONBASE 08-9-2025-004047

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**12/02/2025 Al 28/02/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 38.014.962
Número de pago	**1**	**Valor Total del Contrato:**	$ 38.014.962
Valor Bruto Pago:	**$ 2.267.559,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 35.747.403

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.267.559	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	**$ 2.267.559**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.112.556**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Febrero	Enero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**9481719104**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.423.500	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 178.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 227.800	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 7.500	$ 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		$ 240.000	
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -	
Dependientes hasta		$ -	
Salud hasta	$ 796.784	$ 187.000	
Renta Exenta 25%	$ 32.784.341	$ 357.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 0		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	1.112.556,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	1.861.759,00	
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 - BARRANQUILLA	18.618,00	1,000%
-	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	**$2.248.941,00**	

SON: DOS MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL NOVECIENTOS CUARENTA Y UN PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

ORIENTAR FORMACION

CALIFICAR

RETROALIMENTAR

PARTICIPACION REUNIONES

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

JAMES OTERO FARRAYANS
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,

MILDRED YAROV ROLON NIETO
INSTRUCTOR

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
HERNANDO LUIS ESTARITA TAPIAS
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 8782874		JAMES OTERO FARRAYANS	INDEPENDIENTE	Principal	Calle 33 # 11 - 81, Calle 33 # 11 -81	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3223017	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-01	2025-01	1268023821	9481719104	I	2025/02/18	2025/02/17	BANCOLOMBIA	0	$435,400

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	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: Principal (1 Afiliados)																					$1,500,000	$240,000			$1,500,000	$187,500			$0	$0			$1,500,000		$7,900		$0	$0		$435,400
Centro de Trabajo: Principal (1 Afiliados)																					$1,500,000	$240,000			$1,500,000	$187,500			$0	$0			$1,500,000		$7,900		$0	$0		$435,400
Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)																					$1,500,000	$240,000			$1,500,000	$187,500			$0	$0			$1,500,000		$7,900		$0	$0		$435,400
1	CC	8782874 OTERO JAMES	R								X								23030 1	30	$1,500,000	$240,000	EPS010	30	$1,500,000	$187,500		0	$0	$0	14-11	30	$1,500,000	0.522%	$7,900	0	$0	$0	No	$435,400
Total		**Afiliados(1)**																			$1,500,000	$240,000			$1,500,000	$187,500			$0	$0			$1,500,000		$7,900		$0	$0		$435,400

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 8782874		JAMES OTERO FARRAYANS	INDEPENDIENTE	Principal	Calle 33 # 11 - 81, Calle 33 # 11 -81	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3223017	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-01	2025-01	1268023821	9481719104	I	2025/02/18	2025/02/17	BANCOLOMBIA	0	$435,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$240,000	$0	$0	$240,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$240,000	$0	$0	$240,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,900	$0	$0	$7,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$7,900	$0	$0	$7,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$187,500	$0	$0	$187,500
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$187,500	$0	$0	$187,500
TOTAL				1	$435,400	$0	$0	$435,400

Resultados del registro de novedades de reingreso

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.

Número de Solicitud 6l_2041377

Por favor imprima este comprobante como constancia de la novedad reportada.

Ingreso	
Afiliado	CC 8782874 JAMES OTERO FARRAYANS
Tipo de cotizante	3 Independiente
Salario Base	$ 3,500,000
Fecha de ingreso	03/02/2025
Fecha de radicación	03/02/2025 07:58:38 p.m.
Código de Transacción	192171581
Resultado delIngreso	
Novedad aplicada con éxito	El período de inicio de pago es 02/2025

Fecha de generación 03/02/2025

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14976958407

(415)7707212489984(8020) 000001497695840 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 7 8 2 8 7 4	4	Impuestos de Barranquilla 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	8 7 8 2 8 7 4	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Atlántico 0 8	Soledad 7 5 8

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
OTERO	FARRAYANS	JAMES	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Atlántico 0 8	Soledad 7 5 8

41. Dirección principal: CR 17 20 33 BRR PUMAREJO

42. Correo electrónico: jamesoterof@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 0 0 3 8 0 4 4 8 0	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		**Actividad secundaria**		**Otras actividades**			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 2 9 9	2 0 0 7 0 1 0 1	7 0 2 0	2 0 0 7 0 1 0 1					

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	2	2	4	9																						

22- Obligado a cumplir deberes formales a

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores					
55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024 - 01 - 31 / 13 : 49: 31

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre OTERO FARRAYANS JAMES

985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14976958407

(415)7707212489984(8020) **000001497695840 7**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 7 8 2 8 7 4	4	Impuestos de Barranquilla 2	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Local o negocio 1 6	Fabricacion de muebles para el hogar 3 6 1 1	

162. Nombre del establecimiento: .

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Atlántico 0 8	Soledad 7 5 8	

165. Dirección: CR 20 19 73

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
2 4 6 3 1 2	1 9 9 8 0 1 1 5	
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**	
3 7 0 4 2 1 2	2 0 1 5 0 7 1 2	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	

165. Dirección:

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**	

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	

165. Dirección:

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**	

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) JAMES OTERO FARRAYANS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 8782874 realizó el día 14/02/2025 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 JAMES OTERO FARRAYANS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 8782874 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 -

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) JAMES OTERO FARRAYANS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 8782874 el día 14/02/2025 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el SENA.

La presente constancia tiene validez al interior de la entidad, en la generación de una cultura institucional incluyente, como acción afirmativa para promover acciones integrales y accesibles para las Personas con Discapacidad, de acuerdo con lo contenido en la Resolución 1726 de 2014, mediante la cual el SENA adopta su Política Institucional para la atención de personas con discapacidad.

Dirección de Empleo y Trabajo - Secretaría General - SENA

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas

SICESO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SERVICIO INTEGRAL DE ESPECIALISTAS EN SALUD OCUPACIONAL
Cra 58 No. 70-129 consultorio 105
Te.: 3687760 Cel: 300-5425060
Email: sidesobarranquilla@gmail.com
Barranquilla - Colombia

FECHA:	D 30	M 10	A 2024

IDENTIFICADOR DEL TRABAJADOR

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS:	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	EDAD
JAMES OTERO FARRAYANS	8.782.874	48 AÑOS

CARGO:	EMPRESA	GENERO
CONTRATISTA	GOBERNACION DEL ATLÁNTICO	M X F ____

TIPO DE EXAMEN: INGRESO [X] EGRESO [ ] POST INCAPACIDAD [ ] PERIODICO [ ] OTROS [ ]

EXÁMENES PARACLÍNICOS REALIZADOS

	VALOR		VALOR		VALOR	TALLA	PESO
Espirometria		Frotis De Garganta		Glicemia Basal		180	82
Audiometria		KOH De Uñas		Colesterol Total		IMC	
Visiometria		Coprológico		Triglicéridos		20/20	
Osteomuscular		Electrocardiograma		C. Hemático			

CONCEPTO MEDICO LABORAL (EVALUACIÓN PSICO / FÍSICO)

EXÁMEN MEDICO INGRESO	EXÁMEN MEDICO PERIODICO	EXÁMEN MEDICO EGRESO	EXÁMEN MEDICOPOST INCAPACIDAD
X Apto para ocupar el cargo sin resticciones	___ Satisfactorios	___ Satisfactorios	___ Satisfactorios
___ Apto con Recomendaciones	___ Condición que requiere valoracion por EPS		
___ Aplazado por enfermedad que requiere tratamiento antes de entrar	___ debe reasignar funciones, reubicar, revaluar puesto de trabajo.	___ Condición que requiere valoración por su EPS / ARL	___ Debe seguir en Tratamiento
___ NO APTO por presentar condición médica que no cumple con requisitos del cargo	___ Condición medica agravada por labor requiere ser valorado por EPS o ARL		

___ IDÓNEO PARA TRABAJO EN ALTURA	SI	NO	IDÓNEO CONDUCCIÓN VEHICULAR	SI	NO	IDÓNEO TRABAJO ESPACIO CONFIADO	SI	NO
___ IDÓNEO PARA MANIPULACIÓN DE ALIMENTO	SI	NO	IDÓNEO MANIPULACIÓN DE CARGA	SI	NO	REQUIERE o SER REUBICADO	SI	NO

OBSERVACIONES:

RECOMENDACIONES GENERALES Y LABORALES

RECOMENDACIONES	SEGÚN IMC	MANEJO EPS / ARL	INCLUSION (Sistema de Vigilancia Epidemiologica)
___ Control ocupacional periódico	___ Dieta	___ Remisión a EPS	___ Salud visual
___ Higiene postural Columna v.	___ Ejercicio Regular	___ Remisión ARL	___ Cuidado Auditivo
___ Pausas Activas	___ Valoración Nutricional	___ Continuar Tto Medico	___ Cardiovascular
___ Evaluación puesto de Trabajo	___ Valoración EPS		___ Cuidado Espalda
			___ Osteomuscular
			___ Pared Abdominal

Cyndi J. Contreras Pino
Médico Especialista en Sanidad y Salud en el Trabajo
R.M. 70274-5

FIRMA DEL MEDICO

FIRMA DEL TRABAJADOR
C.c. 8.782.874