SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES

REGIONAL SANTANDER

CENTRO DE GESTIÓN AGROEMPRESARIAL DEL ORIENTE-SANTANDER

Código Regional	68
Código Centro	954610
Fecha Elaboración	Febrero de 2019
Versión	ENERO 2019 - 1,19

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	LEIDY JOHANA RUEDA TELLEZ	**C.C.**	1.098.728.478	**IP/Nº de contacto**	3008660244
Correo electrónico contratista:	ljruedat@sena.edu.co				
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta?**	NO	**Es Pensionado?**	NO
Sus ingresos en el 2018 Superaron $46.418.000	NO	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**	SI
Banco al cual consignar:	BANCO BBVA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**	0333761773
Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato?	NO	**Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2019 supera los $ 113.091.000**			NO

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato:	769943/2019		**Nº Compromiso SIIF**	**1119**	
Valor Total del Contrato	$ 15.400.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**		**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 15.400.000	**1**	**Del** 29/01/2019	**Al** 31/01/2019	**$ 146.667,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 15.253.333		Comisiones	$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 146.667		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0		Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0		Menos, Retefuente Comisiones	$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 146.667**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 0**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS - Diciembre	**8487519141**	Valor Base retención en la fuente	0,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC Enero	$ 607.285	Valor Base retención en la fuente ICA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 76.000	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 97.200	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL II	$ 6.400	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -	Reteica - 8211	0,00	0,350%
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -	-	0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.128.000	$ -	-	0,00	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.427.000	$ -	-	0,00	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -			
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta $ 1.096.640	$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 548.320	$ -			
Renta Exenta 25% $ 8.224.800	$ 6.667	Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
		VALOR A PAGAR	**$ 146.667,00**	

SON: CIENTO CUARENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Apoyar a la Dirección Regional en la atención de clientes internos y externos, por los diferentes medios que posee la entidad.
Producir, manejar y archivar los documentos que se generen en la Dirección Regional, de acuerdo a la normatividad vigente.
Manejo y seguimiento a la correspondencia radicada en la Dirección Regional.
Informar las novedades que se presenten en la realización de las actividades y presentar propuestas de solución, justo a tiempo.
Preparar y rendir informes que la Dirección Regional y la Dirección General soliciten.
Utilizar las aplicaciones computarizadas dispuestas por la entidad para el manejo de la información.
Velar por el adecuado manejo de los documentos y la óptima utilización de la información institucional.
Custodiar, organizar y archivar los documentos producidos por la dependencia.

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 diligenciados.

Leidy Johana Rueda Tellez

LEIDY JOHANA RUEDA TELLEZ
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,

JAVIER GONZALEZ FRANCO
PROFESIONAL G01

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

HERIKA BIBIANA ARIZA GONZALEZ
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 1098728478		RUEDA TELLEZ LEIDY JOHANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 89 B N 17 D 36	BUCARAMANGA-SANTANDER	7777777	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-12	2018-12	68004313	8487519141	I	2019/01/21	2019/01/16	BANCO DE OCCIDENTE	0	$241,800

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	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$781,242	$19,100		$0	$0		$241,800
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$781,242	$19,100		$0	$0		$241,800
Ciudad: BUCARAMANGA Depto: SANTANDER (1 Afiliados)																						$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$781,242	$19,100		$0	$0		$241,800
1	CC	1098728478	RUEDA LEIDY																	230201	30	$781,242	$125,000	EPS037	30	$781,242	$97,700		0	$0	$0	14-23	30	$781,242	$19,100	0	$0	$0	No	$241,800
Total		**Afiliados(1)**																				$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$781,242	$19,100		$0	$0		$241,800

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1098728478		RUEDA TELLEZ LEIDY JOHANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 89 B N 17 D 36	BUCARAMANGA-SANTANDER	7777777	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-12	2018-12	68004313	8487519141	I	2019/01/21	2019/01/16	BANCO DE OCCIDENTE	0	$241,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$125,000	$0	$0	$125,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$125,000	$0	$0	$125,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$19,100	$0	$0	$19,100
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$19,100	$0	$0	$19,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$97,700	$0	$0	$97,700
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$97,700	$0	$0	$97,700
TOTAL				1	$241,800	$0	$0	$241,800

2019/01/22 08:16 AM

siga CALIDAD SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN Y AUTOCONTROL SENA	**INFORME MENSUAL DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL**

Bucaramanga, 25 de febrero de 2019

Señor (a)
JAVIER GONZALEZ FRANCO
SUPERVISOR CONTRATO No. **CO1.PCCNTR.769943**
Profesional Grado 2
Centro de Gestión Agroempresarial del Oriente
Vélez

Asunto: Informe mensual de ejecución contractual Mes enero del año 2019

Referencia: No CO1.PCCNTR.769943 del año 2019

LEIDY JOHANA RUEDA TELLEZ, identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. **1.098.728.478** de **BUCARAMANGA**, en mi calidad de Contratista del SENA, en la Regional Santander, en cumplimiento del Contrato de Prestación de Servicios de la referencia, a continuación, presento el Informe de actividades realizadas en el mes objeto de cobro.

Valor y forma de Pago: El valor total del presente contrato asciende a la suma de **QUINCE MILLONES CUATROCIENTOS MIL ($15.400.000) del contrato No CO1.PCCNTR.769943** COP incluido IVA, de conformidad con el régimen tributario a que pertenezca el contratista. Esta suma será pagada por el SENA al contratista de la siguiente manera: **a)** Pagos mensuales por valor de **DOS MILLONES DOSCIENTOS MIl** Pesos m/cte. (**$2.200.000**) m/cte. **b)** En los casos en los que las actividades no superen el mes, el pago se realizará en proporción al tiempo trabajado, siempre que no supere el valor del contrato. Los honorarios serán pagados por el SENA al contratista de acuerdo con el cronograma definido por la Dirección Administrativa y Financiera de la Dirección General, en la cuenta de Ahorros No. **333761773** del **BBVA**, cuyo titular es la Contratista.

Plazo: Será hasta el **27** de **agosto** de 2019.

OBJETO:
Prestar los servicios personales de carácter temporal para apoyar asistencialmente la dirección regional

siga SENA SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN Y AUTOCONTROL	**INFORME MENSUAL DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL**

CLÁUSULA CUARTA

No	Obligaciones	Acciones realizadas	Evidencias
1	Apoyar a la Dirección Regional en la atención de clientes internos y externos, por los diferentes medios que posee la entidad.	Atender llamadas telefónicas, solicitudes, agenda Director Regional.	
2	Producir, manejar y archivar los documentos que se generen en la Dirección Regional, de acuerdo a la normatividad vigente.	Realización y archivo de órdenes de viaje, autorizaciones, legalizaciones y correspondencia.	Carpetas
3	Manejo y seguimiento a la correspondencia radicada en la Dirección Regional.	Entrega y/o traslado físico, electrónico por medio del correo institucional y el aplicativo OnBase a las personas responsables de los requerimientos que lleguen.	Carpeta de correspondencia y aplicativo Onbase.
4	Informar las novedades que se presenten en la realización de las actividades y presentar propuestas de solución, justo a tiempo.		
5	Preparar y rendir informes que la Dirección Regional y la Dirección General soliciten.		
6	Utilizar las aplicaciones computarizadas dispuestas por la entidad para el manejo de la información.	Radicación de pagos, registros presupuestales, solicitudes de CDP y contratos por medio del aplicativo OnBase.	OnBase y Correo Electronico.
7	Velar por el adecuado manejo de los documentos y la óptima utilización de la información institucional.		
8	Custodiar, organizar y archivar los documentos producidos por la dependencia.		
9	Excelente manejo de ofimática y Tics.		

	requieran para el cumplimiento del contrato.		

A continuación relaciono los desplazamientos que realicé previo a la presentación de este informe. Una vez finalizado cada desplazamiento presenté al ordenador del gasto informe **(formato informe legalización desplazamiento- contratista GTH-F-087)**, en el que relacioné las actividades desarrolladas y los resultados de cada desplazamiento. Cada informe cuenta con el visto bueno del Supervisor, se constituye en soporte de la legalización de los desplazamientos realizados y forma parte integral del presente Informe de ejecución contractual, el cual relaciono así:

ITEM	No DE LA ORDEN DE VIAJE	LUGAR DE DESPLAZAMIENTO	FECHAS DE DESPLAZAMIENTOS	
			INICIO	FINALIZACIÓN
1.				
2.				
.....				

Nota 1: *Por cada desplazamiento que haya realizado el contratista, adjuntará el respectivo informe que la soporte. En caso de haber realizado el desplazamiento en fecha posterior a la presentación de informe de ejecución contractual, deberá reportarlo en el siguiente informe de ejecución contractual.*

Para el trámite de la cuenta me permito adjuntar: documentos enunciados como evidencias del cumplimiento de las obligaciones contractuales y los desplazamientos realizados, fotocopia de la planilla- recibo de pago de aportes a salud, pensiones y ARL, (8487519141) expedido por Aportes en Línea correspondiente al mes de diciembre del año 2018.

Evidencias en (4) folios

Cordialmente,

Leidy Johana Rueda Tellez

LEIDY JOHANA RUEDA TÉLLEZ
Contratista
C.C. 1.098.728.478

Recibí a satisfacción:

JAVIER GONZALEZ FRANCO
Supervisor Contrato CO1.PCCNTR.769943 de 2019

Hace constar:

Que el Sr(a) LEIDY JOHANA RUEDA TELLEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1098728478 realizó el día 25/02/2019 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 LEIDY JOHANA RUEDA TELLEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1098728478 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.
5. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.
6. Informar oportunamente a los contratantes toda novedad derivada de mi contrato.

Leidy Johana Rueda Tellez

Firma

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General - SENA

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

Bucaramanga, 26 de febrero de 2019

Señores
SENA
Regional

ASUNTO: CERTIFICACIÓN DE MI CONDICIÓN DE OBLIGADO O NO A DECLARAR RENTA POR EL AÑO GRAVABLE 2015.

Yo, LEIDY JOHANA RUEDA TELLEZ, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.698.728.478, vinculada actualmente con el SENA, certifico bajo la gravedad de juramento (Art. 442 del Código Penal) lo siguiente:

1) Que sí califico en la categoría de empleado establecida en el art. 329 del E.T. (creado con el art. 10 de la Ley 1607 de diciembre 26 de 2012), pues actualmente soy residente en Colombia (Art. 10 del E.T.) y mis ingresos brutos sí provienen en un 80% o más de mis rentas laborales.

2) Que por el año gravable 2015, NO estoy obligado a declarar renta según los requisitos contemplados en el Art. 7 del Decreto 2243 del 24 de noviembre 2015.

Para constancia de lo anterior, firmo en Ciudad a los 26 días del mes de febrero del 2019.

Atentamente

Leidy Johana Rueda Tellez

LEIDY JOHANA RUEDA TELLEZ

1.098.728.478