

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL SANTANDER CENTRO DE GESTION AGROEMPRESARIAL DEL ORIENTE-SANTANDER - SERV		Código Regional	68	
			Código Centro	954610	
			Fecha Elaboración	Septiembre de 2019	
			Versión	FEBRERO 2019 - 2,19	
DATOS DEL CONTRATISTA					
Nombres y apellidos contratista:		ANGELA CAMILA VALBUENA BONCES		C.C.	1.020.779.100
Correo electrónico contratista:		acvalbuena00@misena.edu.co		IP/N° de contacto	74110
Régimen del IVA:		NO RESPONSABLE		Es declarante de renta?	NO
Sus ingresos en el 2018 Superaron \$46.418.000		NO		Inducción SST	SI
Banco al cual consignar:		BANCOLOMBIA		Presta Servicios Excluidos de IVA ?	SI
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					
N° del contrato:	833092/2019	N° Compromiso SIIF	17919		
Valor Total del Contrato	\$ 33.469.850	N° Pago	7		
Saldo Anterior del Contrato	\$ 12.766.850	Periodo objeto de pago	Del 01/09/2019 Al 30/09/2019		
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 9.316.350	Comisiones	\$ 0,00		
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
Ingresos por honorarios	\$ 3.450.500	Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°	0,00%		
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0		
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 3.450.500	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0		
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 2.082.750				
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR					
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	Septiembre	Agosto	Valor Base retención en la fuente	2.082.750,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.380.200	\$ 1.380.200	Valor Base retención en la fuente ICA	3.057.000,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 172.600	\$ 172.600	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 220.900	\$ 220.900	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	
ARL II	\$ 14.500	\$ 14.500	Menos Retención IVA	0,00	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -		Reteica - 8543	6.114,00	
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	\$ -		Otras Retenciones	0,00	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones	0,00	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Otras Retenciones	0,00	
Aportes A.R.L. de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Descuentos de Libranza	0,00	
Dependientes hasta \$ 1.096.640	\$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Salud hasta \$ 548.320	\$ 280.000		VALOR A PAGAR	\$ 3.444.386,00	
Renta Exenta 25% \$ 8.224.800	\$ 694.250				
Retención en la Fuente Contingente	\$ -				
SON: TRES MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y SEIS PESOS M/CTE					
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO					
1751748. 92 h 1997603. 33 h (ficha anulada) = 0 h 1997596. 33 h 1977426. 24 h Desarrollar, orientar y preparar procesos de aprendizaje. Total 182 h - 33 = 149 h Actividades adicionales 16 h Total 165 h					
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.			 ANGELA CAMILA VALBUENA BONCES EL CONTRATISTA		
CERTIFICACIÓN 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.			Autorizo el presente pago. El Supervisor,  MARTHA RUEDA MONCADA INSTRUCTOR G20		
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)					

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1020779100
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	ANGELA CAMILA VALBUENA BONCES VALBUENA BONCES VALBUENA BONCES	
CIUDAD/MUNICIPIO:	VELEZ	DEPARTAMENTO: SANTANDER
DIRECCIÓN:	CARRERA 4 N° 9-22	TELÉFONO: 7564394
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Educación técnica profesional.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO	

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	7728916477	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: agosto	PERIODO COTIZACIÓN MES: agosto
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2019	SALUD: AÑO: 2019
DÍAS DE MORA:	8	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2019/09/11	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 493463514

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800253055	230901	230901-SKANDIA OBLIGATORIO	1	\$ 222.300
SUBTOTAL:			1	\$ 222.300
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900156264	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	\$ 173.700
SUBTOTAL:			1	\$ 173.700
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890903790	14-11	14-11 - ARL SURA	1	\$ 14.600
SUBTOTAL:			1	\$ 14.600

TOTAL PAGADO:	\$ 410.600
---------------	------------



INFORME MENSUAL DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL

Vélez, septiembre del 2019

Señor (a)
Martha Rueda Moncada
SUPERVISOR(A) CONTRATO No. **CO1.PCCNTR.833092**
Coordinación Académica
Centro de Gestión Agroempresarial del Oriente
Regional Santander Transversal 8 No. 8 A - 50 Vélez

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

Referencia: No (CO1.PCCNTR.833092) del año (2019)

(ANGELA CAMILA VALBUENA BONCES), identificado con la cédula de ciudadanía No.1020779100 de BOGOTÁ, en mi calidad de Contratista del SENA, en (Coordinación académica), 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 es máximo de Treinta y cuatro millones quinientos cinco mil Pesos M/Cte. (\$34505000) incluido IVA de conformidad con el régimen tributario a que pertenezca el futuro contratista. Esta suma será pagada por el SENA al contratista en pagos iguales mensuales por valor de Tres millones cuatrocientos cincuenta mil quinientos Pesos (\$3450500), o con pagos proporcionales según el tiempo mensual laborado sin exceder el valor total del contrato, en caso de no cumplirse.

Plazo: 18 de diciembre de 2019

OBJETO:

Prestación de servicios personales de carácter temporal, para desarrollar programas de formación titulada y complementaria en área de idiomas en el Centro de Gestión Agroempresarial del Oriente.

CLÁUSULA CUARTA: Obligaciones de las partes

Obligaciones	Acciones realizadas	Evidencias
--------------	---------------------	------------

INFORME MENSUAL DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL

1. Preparar, orientar, desarrollar y apoyar procesos de aprendizaje en cualquiera de las estrategias de respuesta institucional para los diferentes grupos poblacionales objeto de Formación Profesional Integral	Se ejecutó actividades formativas orientadas a la planeación estratégica, a través del desarrollo de las competencias. Interactuar en lengua Inglesa de forma oral y escrita dentro de los contextos sociales y laborales según los criterios establecidos por el marco común de referencia Europea para las lenguas.	Guía de aprendizaje - - carpeta desarrollo curricular septiembre - complementaria 2019 - Drive
2. Dar cumplimiento estricto a los Manuales del Sistema Integrado de Gestión y demás normas que regulan la Formación Profesional Integral en el SENA y además a entregar oportunamente las listas de aprendices inscritos, seleccionados, las planillas debidamente diligenciadas y demás documentos requeridos por la Gestión de Centros y Registro y Certificación.	Utilizar los formatos actualizados que se requieren para la ejecución de la formación.	Ficha de caracterización generada. Pantallazo ficha de caracterización asignada - obligación 2 - carpeta obligaciones septiembre - complementaria - Drive
3. Evaluar el proceso de aprendizaje, las estrategias, el medio ambiente, el rendimiento académico de los aprendices y diligenciar oportunamente los formatos correspondientes	Material de apoyo elaborado por el instructor	Listas de chequeo - Drive - carpeta desarrollo curricular mayo - complementaria 2019 - Drive Listas de chequeo - obligación 3 - carpeta obligaciones septiembre - complementaria 2019 - Drive
4. Participar en procesos de promoción de los programas de Formación Profesional Integral, servicios y actividades de divulgación tecnológica programados por el Centro.	Divulgación virtual y física (repartición de folletos) de cursos de inglés en diferentes horarios.	Pdf folleto - obligación 4 - carpeta obligaciones septiembre - complementaria 2019 - Drive
5. Rendir oportunamente los informes requeridos sobre las acciones encomendadas y los productos resultantes de procesos de Formación Profesional.	Reporte de juicios evaluativos	

INFORME MENSUAL DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL

6. Responder por la integridad y buen uso de materiales, equipos y demás elementos de la institución puestos bajo su cuidado para desarrollar labores propias de su cargo.	Revisar inventario de ambientes y velar por el buen uso y aseo de los ambientes.	Firmas en planillas de ambientes - obligación 6 - carpeta obligaciones septiembre - complementaria 2019 - Drive
7. Reportar en el sistema Sofia Plus en un plazo máximo de 5 días hábiles, todas las actividades que de acuerdo con los procesos que son de su responsabilidad, garantizando la calidad de la información y su coherencia con el proceso formativo, tales como: Registro de los juicios evaluativos; Creación de rutas y asociación de aprendices; Registro de juicios evaluativos del reconocimiento de aprendizajes previos; Comunicar al Coordinador Académico oportunamente anomalías, inconsistencias, novedades de aprendices y hallazgos en el registro de la información	Creación de ruta de aprendizaje y asignación de aprendices a fichas.	Fichas en sofia plus
9. Hacer cumplir y cumplir con el reglamento del aprendiz	Participar en la NCL Orientar formación presencial de acuerdo con procedimiento técnico y normativa	Certificado NCL - Obligación 9 - carpeta obligaciones - complementaria 2019 - Drive
11. Custodiar, organizar y archivar los documentos producidos por la dependencia.	Documentos organizados crónicamente por carpetas en el la carpeta compartida (complementaria 2019), constantemente revisada por supervisora	Complementaria 2019 - Drive
12. Las demás que se requieran para el cumplimiento del contrato.	Evidencia de trabajo en equipo con instructores	Obligación 12 - carpeta obligaciones - complementaria 2019 - Drive

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:

INFORME MENSUAL DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL

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 (**7728916477**) expedido por SOI correspondiente al mes de mayo del año 2019.

Evidencias en (3) folios



Cordialmente,

ANGELA CAMILA VALBUENA BONCES

Contratista

C.C. No. 1020779100

Recibí a satisfacción:



Martha Rueda Moncada

Supervisor(a) Contrato CO1.PCCNTR.833092 de 2019

Allianz Seguros de Vida S.A.**NIT 8 6 0.027 .404-1****CERTIFICA**

Que el (la) señor(a) **ANGELA CAMILA VALBUENA BONCES**, identificado (a) con CC **10207 7 9 100** contrató para el año 2018 la póliza de salud N° **022316 38 8** a través de Allianz Seguros de Vida S.A y registro pagos por concepto de primas de los asegurados asociados a esta póliza, los cuales se relacionan a continuación:

ASEGURADOS:

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO	PRIMA
ANGELA CAMILA VALBUENA BONCES	CC-1020779100	Asegurado principal	1.546.658,09
		TOTAL	1.546.658,09
		IVA	77.332,90
		TOTAL + IVA	1.6 23.9 9 0,9 9

LA SUMA DE: 1.623.990,99 (UN MILLON SEISCIENTOS VEINTITRES MIL NOVECIENTOS NOVENTA PESOS CON NOVENTA Y NUEVE CENTAVOS)

La presente certificación se expide a solicitud del interesado, en Bogotá D.C. a los 01 días del mes de Febrero de 2019 (01/02/2019), de acuerdo a lo establecido por el artículo 87 del Estatuto Tributario.

Cordialmente,



Representante Legal
Allianz Seguros de Vida S.A.

Allianz Seguros de Vida S.A.**NIT 8 6 0.027 .404-1****CERTIFICA**

Que el (la) señor(a) **ANGELA CAMILA VALBUENA BONCES**, identificado (a) con CC **10207 7 9 100** contrató para el año 2018 la póliza de salud N° **022148 204** a través de Allianz Seguros de Vida S.A y registro pagos por concepto de primas de los asegurados asociados a esta póliza, los cuales se relacionan a continuación:

ASEGURADOS:

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO	PRIMA
ANGELA CAMILA VALBUENA BONCES	CC-1020779100	Asegurado principal	2.390.897,14
		TOTAL	2.390.897,14
		IVA	119.544,85
		TOTAL + IVA	2.5 10.441,9 9

LA SUMA DE: 2.510.441,99 (DOS MILLONES QUINIENTOS DIEZ MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y UNO PESOS CON NOVENTA Y NUEVE CENTAVOS)

La presente certificación se expide a solicitud del interesado, en Bogotá D.C. a los 01 días del mes de Febrero de 2019 (01/02/2019), de acuerdo a lo establecido por el artículo 87 del Estatuto Tributario.

Cordialmente,



Representante Legal
Allianz Seguros de Vida S.A.

