

 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	Octubre de 2019
			Versión	FEBRERO 2019 - 2,19

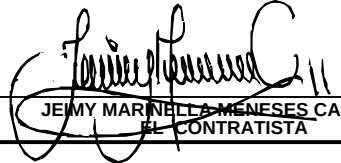
DATOS DEL CONTRATISTA					
Nombres y apellidos contratista:	JEIMY MARINELLA MENESES CASTILLO jeimymeneses@misena.edu.co	C.C.	1.099.202.322	IP/N° de contacto	3127055464
Correo electrónico contratista:					
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	Es declarante de renta?	SI	Es Pensionado?	NO
Sus ingresos en el 2018 Superaron	\$46.418.000	Inducción SST	SI	Presta Servicios Excluidos de IVA ?	SI
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA	Tipo de cta	AHORROS	N° Cuenta	55534827511
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:	1055322/2019	N° Compromiso SIIF	77719	
Valor Total del Contrato	\$ 15.527.250	N° Pago	Periodo objeto de pago	
Saldo Anterior del Contrato	\$ 8.971.300	3	Del	Al
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 5.520.800	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	\$ 2.033.963			

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
	Octubre	Septiembre		
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	-----	7728265212	Valor Base retención en la fuente	2.033.963,00
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	\$ -		Otras Retenciones	0,00
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.128.000	\$ -		Otras Retenciones	0,00
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.427.000	\$ -		Otras Retenciones	0,00
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Descuentos de Libranza	0,00
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00
Aportes A.R.L. de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -		VALOR A PAGAR	\$ 3.444.386,00
Dependientes hasta \$ 1.096.640	\$ 345.050			
Salud hasta \$ 548.320	\$ -			
Renta Exenta 25% \$ 8.224.800	\$ 677.988			
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	
2003772: Curso complementario en Ofimática Nivel I los días 1, 2, 3 y 4 de OCTUBRE 2016701: Curso complementario en Excel los días 14, 15, 16, 17 y 18 de octubre 2018985: Curso complementario en Excel los días 18, 19, 20 y 21 de octubre 2024138: Curso complementario en Excel los días 23, 24, 25, 26 y 28 de octubre	
Total Horas: 140 Horas	

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.	 JEIMY MARINELLA MENESES CASTILLO 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,  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	
 PATRICIO SUAREZ HURTADO SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)	

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1099202322
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	JEIMY MARINELLA MENESES CASTILLO		
CIUDAD/MUNICIPIO:	BARBOSA	DEPARTAMENTO:	SANTANDER
DIRECCIÓN:	CALLE 17 # 6-18	TELÉFONO:	7482200
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Educación de instituciones
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
NÚMERO PLANILLA:	7728265212	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: septiembre	PERIODO COTIZACIÓN	MES: septiembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2019	SALUD:	AÑO: 2019
DÍAS DE MORA:	0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2019/09/05	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	491354784

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 220.800
SUBTOTAL:			1	\$ 220.800
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
805000427	EPS016	EPS016-COOMEVA S.A.	1	\$ 172.500
SUBTOTAL:			1	\$ 172.500
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890903790	14-11	14-11 - ARL SURA	1	\$ 14.500
SUBTOTAL:			1	\$ 14.500

TOTAL PAGADO:	\$ 407.800
----------------------	-------------------

INFORME MENSUAL DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL

Barbosa, Octubre de 2019

Señor

MARTHA RUEDA MONCADA

SUPERVISOR CONTRATO No. **CO1 PCCNTR 1055322 de 2019**

Coordinador Académico

Centro de Gestión Agroempresarial del Oriente

Barbosa

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

Referencia: **CO1 PCCNTR 1055322 de 2019**

Jeimy Marinella Meneses Castillo, identificada con la cédula de ciudadanía No.1.099.202.322 de Barbosa, en mi calidad de Contratista del SENA, en el área de Complementaria, en cumplimiento del Contrato de Prestación de Servicios No. **CO1 PCCNTR 1055322**, a continuación, presento el Informe de actividades realizadas durante el período comprendido entre el 01 y el 31 de Octubre del año 2019.

Valor y forma de Pago: El valor total del presente contrato es máximo de Diecisiete millones doscientos cincuenta y dos mil quinientos pesos m/cte. (15.527.250) 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 (\$ 3.450.500), o con pagos proporcionales según el tiempo mensual laborado sin exceder el valor total del contrato, en caso de no cumplirse.

Plazo: Será hasta el 18 de Diciembre de 2019.

OBJETO:

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

CLÁUSULA CUARTA. – Obligaciones de las partes.

No	Obligaciones	Acciones realizadas	Evidencias
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 elaboró Planeación Pedagógica, se orientó el desarrollo de las guías de aprendizaje para el cumplimiento de ejecución curricular de las fichas. 2003772, 2016701, 2018985, 2024138	Guías de aprendizaje e instrumentos de evaluación. Fichas: 2003772, 2016701, 2018985, 2024138
2	El contratista se compromete a dar	Se generó listado de	Listado de aprendices

INFORME MENSUAL DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL

	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.	aprendices preinscritos en las fichas 2003772, 2016701, 2018985, 2024138	pre inscritos en el sistema Sofía plus.
3.	Evaluar el proceso de aprendizaje, las estrategias, el medio ambiente, el rendimiento académico de los aprendices y diligenciar oportunamente los formatos correspondientes.	Se evaluaron los resultados de aprendizaje pertinentes.	Consolidado grupal
4.	Participar en procesos de promoción de los programas de Formación Profesional Integral, servicios y actividades de divulgación tecnológica programados por el Centro.	Se comparte publicación de Nueva oferta del centro en redes sociales.	Pantallazo oferta compartida.
5.	Rendir oportunamente los informes requeridos sobre las acciones encomendadas y los productos resultantes de procesos de Formación Profesional.	Se realizó el respectivo diligenciamiento del informe mensual de ejecución contractual y el diligenciamiento de las fichas de caracterización.	Informe mensual de ejecución contractual dispuesto en el 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	Se Diligencio Ficha de caracterización para el programa complementarios. Se realizó inscripción de aprendices para los programas.	Ficha de Caracterización. Listado de Aprendiz

INFORME MENSUAL DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL

8.	Contar con la certificación vigente de la norma de competencia "Orientar Procesos Formativos Presenciales Con Base En Los Planes De Formación Concertados" o la actualización "Orientar Formación Presencial De Acuerdo Con El Procedimiento Técnico Normativo" o en su defecto deberá aplicar el proceso	Se cuenta con certificación vigente en "Orientar Formación Presencial De Acuerdo Con El Procedimiento Técnico Normativo" Vigente hasta el 2020	Se anexa certificado de norma de competencia laboral.
9.	Hacer cumplir y cumplir con el reglamento del aprendiz.	Se socializo del reglamento del aprendiz en las fichas 2003772, 2016701, 2018985, 2024138	Listado de Asistencia Reglamento Del Aprendiz.
10.	Participar en la animación, programación y ejecución de programas de formación del centro, bien sea de formación complementaria o virtual atendiendo instrucciones de la supervisión del contrato	Se realizaron cursos en formación Complementaria.	Listado de aprendices matriculados.
11.	Custodiar, organizar y archivar los documentos producidos por la dependencia.	Se dispone de guías de aprendizaje para apoyar el proceso formativo de aprendices	Guía de aprendizaje
12.	Las demás que se requieran para el cumplimiento del contrato.	Se participa en inducción de seguridad y salud en el trabajo	Certificado de aprobación.

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.				
.....				

Nota1: 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.



INFORME MENSUAL 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, (7728265212) expedido por SOI correspondiente al mes de Septiembre del año 2019.

Evidencias en () folios

Cordialmente,



Jeimy Marinella Meneses Castillo
Contratista
C.C. No. 1.099.202.322

Recibí a satisfacción:



Martha Rueda Moncada
Supervisor(a) Contrato CO1 PCCNTR 1055322 de 2019

Barbosa, Septiembre de 2019

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)

Ciudad

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

Bajo la gravedad del juramento, en mi calidad de empleado contribuyente y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el parágrafo cuarto del artículo segundo del Decreto 0099 de 2013, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

Apellidos y Nombre	Documento Identidad	Calidad del Dependiente
Carlos Emmanuel Nova Meneses	RC 1099214979	Hijo menor 18 años.

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

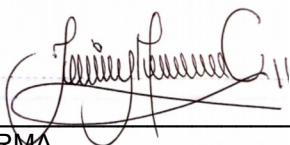
•

Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad

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

Nombre: **JEIMY MARINELLA MENESES CASTILLO**

C.C. 1099202322

REPÚBLICA DE COLOMBIA



ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1.099.214.979

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 54756899

54756899

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒ Notaría ☐ Número ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código Q X F

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE BARBOSA - COLOMBIA - SANTANDER - BARBOSA

Datos del inscrito

Primer Apellido Segundo Apellido

NOVA MENESES

CARLOS EMMANUEL

Nombre(s) Fecha de nacimiento Sexo (en letras) Grupo sanguíneo Factor RH

Año 2015 Mes ENE Día 11 MASCULINO O POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA SANTANDER BARBOSA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo

11797228-9

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

MENESES CASTILLO JEIMY MARINELLA

Documento de identificación (Clase y número)

CC 1.099.202.322

Nacionalidad

COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

NOVA ARDILA EDUARD MAURICIO

Documento de identificación (Clase y número)

CC 1.099.202.902

Nacionalidad

COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

NOVA ARDILA EDUARD MAURICIO

Documento de identificación (Clase y número)

CC 1.099.202.902

Firma

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

Fecha de inscripción

Año 2015 Mes ENE Día 15

Nombre y firma del funcionario que autoriza

LUZ ESTELA DALLOS TRIANA - REGIS

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Firma

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -