SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL SANTANDER
CENTRO INDUSTRIAL DEL DISEÑO Y LA MANUFACTURA-SANTANDER

Código Regional	**68**
Código Centro	**922510**
Fecha Elaboración	**20 Noviembre de 2023**
Versión	**ENERO 2023 - 1,23**
ID de Proceso	**04351-722134**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	KEVIN JAIR CASTELLANOS GONZÁLEZ	**C.C.**	1.098.747.988	**IP/Nº de contacto**	0
Correo electrónico contratista:	kevin1993_30@hotmail.com				

Régimen del IVA: NO RESPONSABLE **Pertenece al régimen simple de tributación?** NO **Es declarante de renta?** NO **Es Pensionado?** NO

Banco al cual consignar: DAVIVIENDA **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** SI

Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a $53'206.000: NO **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 550488404952373

Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2023 supera los $ 169'648.000 (debe cambiarse a responsable IVA) NO

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato: 4465289/2023 **Nº Compromiso SIIF** **723**

Valor Total del Contrato	$ 42.178.500	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 6.025.500	**10**	**Del**	**01/11/2023**	**Al**	**30/11/2023**	**$ 4.017.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 2.008.500		Legalización comisiones del periodo			$ 952.013,00	

OBJETO CONTRACTUAL:
(Descripciòn del servicio prestado)

INSTRUCTOR: SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL PARA ORIENTAR FORMACION EN EL PROGRAMA DE DESPLAZADOS CONFORME A LOS MODELOS FORMATIVOS ESTABLECIDOS EL CIDM SENA REGIONAL SANTANDER PL 315 DIAS VR MES $4.017.000

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.017.000		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0,00%
			Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 4.969.013**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 3.376.960**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Noviembre	Octubre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**7901181319**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.606.800	$ 1.606.800
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 200.900	$ 200.900
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 257.100	$ 257.100
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 8.400	$ 8.400
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias $ 8.835.833 / $ 1.242.253	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC $ 13.430.466	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $ 13.430.466	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 4.241.200	$ -	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Dependientes hasta $ 1.357.184	$ -	
Salud hasta $ 678.592	$ -	
Renta Exenta 25% $ 2.792.123	$ 1.125.653	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	3.376.960,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.017.000,00	
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	24.102,00	0,600%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$3.992.898,00**	

SON: TRES MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y OCHO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ejecución de formación Complementaria para el área de sistemas el mes actual a las fichas: 2854482 – 2852533 – 2852531 - 2839647
Se crean mecanismos para fortalecer el aprendizaje en la formación profesional integral de los aprendices
Asignar ruta de aprendizaje y registro de juicios evaluativos a las fichas de complementarias asignadas
Se realiza inducción a los aprendices de formación complementaria sobre los programas SENA y ofertas disponibles
Desarrollo de instrumentos de evaluación y guías de aprendizaje para la ejecución

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.

Kevin Castellanos

KEVIN JAIR CASTELLANOS GONZÁLEZ
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,

YESID MAURICIO FLOREZ GOMEZ
CONTRATISTA

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

JAVIER DIAZ DIAZ

SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1098747988
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			KEVIN JAIR CASTELLANOS GONZALEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BUCARAMANGA	DEPARTAMENTO:	SANTANDER
DIRECCIÓN:	CALLE 27C # 2E-15	TELÉFONO:	6666666
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7901181319**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	octubre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	octubre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2023	SALUD:	AÑO:	2023
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2023/10/30	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		245778877

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	$ 257.100
SUBTOTAL:			1	**$ 257.100**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800088702	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	$ 200.900
SUBTOTAL:			1	**$ 200.900**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 8.400
SUBTOTAL:			1	**$ 8.400**

VALOR SIN MORA:	**$ 466.400**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 466.400**

Planilla Pagada

FORMATO INFORME LEGALIZACION DESPLAZAMIENTO - CONTRATISTA

CIUDAD Y FECHA Floridablanca, 18 de Octubre de 2023

PRESENTADO A:
Jairo Orlando Ramírez Montero – Subdirector Centro Industrial del Diseño y la Manufactura

ORDEN DE VIAJE No:	**FECHA DE INICIO:**	**FECHA DE FINALIZACION:**
41723	2023-10-13	2023-10-17
LUGAR A DONDE REALIZÓ EL DESPLAZAMIENTO BETULIA/SANTANDER	**REGIONAL / CENTRO DE FORMACION** Santander – Centro Industrial del Diseño y la Manufactura	**OTRA** **N.A.**

OBJETIVO DEL DESPLAZAMIENTO: IMPARTIR FORMACIÓN EN EL CURSO MANEJO BASICO DE LA HERRAMIENTA HOJAS DE CALCULO EXCEL A LA FICHA 2854482 POBLACIÓN DESPLAZADA EN EL MUNICIPIO DE BETULIA

ACTIVIDADES DESARROLLADAS:

1. Alistamiento del ambiente de formación
2. Impartir formación complementaria en el programa desarrollo de habilidades digitales para experiencias seguras en línea.
3. Entrega de materiales de formación a la población desplazada según reporte de Vivanto
4. Velar por el cuidado de las instalaciones adecuadas para la formación
5. Evaluar las prácticas realizadas en cada uno de los resultados de aprendizaje

OBSERVACIONES: Teniendo en cuenta a lo establecido por la circular No 01-3-2020-000156 se cumple con las medias de restricción que establecen las autoridades nacionales, Departamentales y locales, así mismo se cumple con protocoles de Bioseguridad y autocuidado.

RESULTADOS:

1. Formación impartida de manera correcta
2. Inducción a los aprendices sobre los servicios ofrecidos por el SENA (Emprendimiento, APE, Formación profesional)
3. Evaluación y certificación de los aprendices que cumplieron con las actividades.

EVIDENCIAS O SOPORTES: Enuncie los archivos que soportan estos resultados y anexe lo correspondiente en este Informe

1. Fotografías

2. Listado de asistencia

COMPROMISOS

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA
1. Preparación de ambiente de formación e introducción a informática básica	Kevin Jair Castellanos González – Instructor CIDM	13/10/2023
2. Introducción a OFFICE	Kevin Jair Castellanos González – Instructor CIDM	15/10/2023
3. Manejo básico de Excel, formulas, funciones, herramientas.	Kevin Jair Castellanos González – Instructor CIDM	17/10/2023

CONCLUSIÓNES:

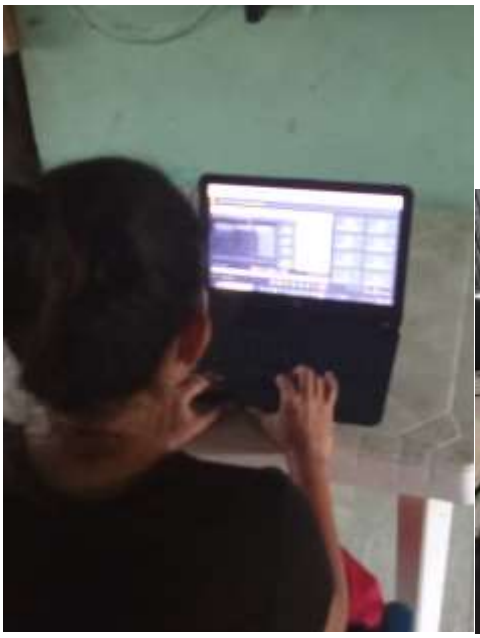
1. Se acondiciono el aula taller donde se impartió la formación a satisfacción para los aprendices
2. Asistencia de los aprendices matriculados en la ficha
3. Se entrega productor terminado como evidencia de producto, desempeño y conocimiento.

DATOS DEL CONTRATISTA	
NOMBRE Y APELLIDO	**FIRMA**
KEVIN JAIR CASTELLANOS GONZALEZ	

VISTO BUENO SUPERVISOR		
CARGO DEL SUPERVISOR	**NOMBRE Y APELLIDO SUPERVISOR**	**FIRMA**
Coordinador Académico Programas Especiales	**Yesid Mauricio Florez Gómez**	

Evidencias y/o soportes comisión número 41723: VIATICOS FORMACION: 13 AL 17 DE OCTUBRE DE 2023 A BETULIA IMPARTIR FORMACIÓN EN EL CURSO MANEJO BASICO DE LA HERRAMIENTA HOJAS DE CALCULO EXCEL A LA FICHA 2854482 POBLACIÓN DESPLAZADA EN EL MUNICIPIO DE BETULIA

1. Fotografías

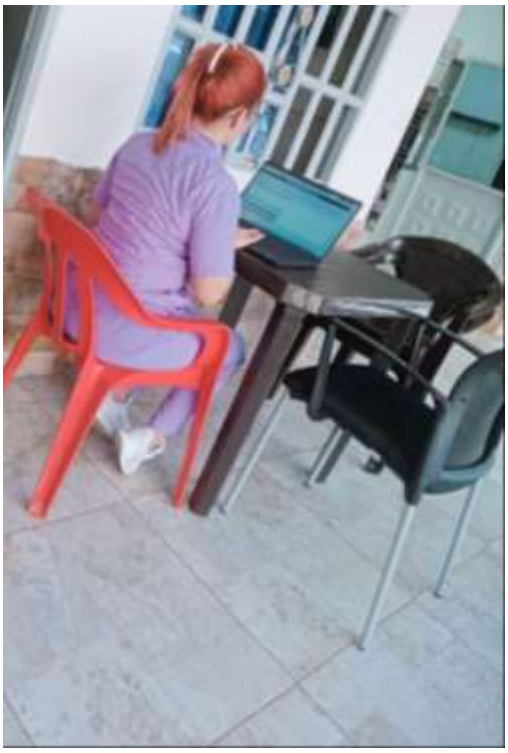












2. Listado de asistentes



SENA

Bolivia

Kein Castillo

10

ASISTENCIA FICHA

GTH-F-087 V.01

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
COMPROBANTE DE LEGALIZACION DE GASTOS TRANSPORTE INFORMAL
EN DESPLAZAMIENTO COMISION DE CONTRATISTAS

Codigo Regional :	**68**
Codigo Centro:	**9225**
Fecha de elaboración:	**18/10/2023**
ID Proceso:	

CIUDAD / MUNICIPIO - FECHA: Floridablanca 18 de Octubre de 2023
NOMBRE DEL CONTRATISTA: Kevin Jair Castellanos Gonzalez
No. DOCUMENTO IDENTIDAD: 1098747988

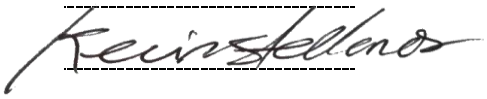
En desarrollo de la comisión No. **41723** durante los dias **13 al 17** del mes de **OCTUBRE** de **2023** se informa que en los tramos detallados a continuación, fue necesario utilizar transporte informal sin generación de documento soporte de pago por parte del prestador del servicio:

FECHA	TRAYECTO GENERADOR DEL PAGO	MEDIO DE TRANSPORTE	VALOR PAGADO
13/10/2023	FLORIDABLANCA- BETULIA	CARRO	$ 30.000,00
17/10/2023	BETULIA - FLORIDABLANCA	CARRO	$ 30.000,00
	RAZON POR LA CUAL, SE AUTORIZA EL GASTO INCURRIDO CUYO VALOR PAGADO EQUIVALE A:		**$ 60.000,00**

Para efectos legales el CONTRATISTA certifica bajo la gravedad del juramento, que las actividades objeto del desplazamiento se cumplieron a cabalidad y el valor cobrado corresponde al valor efectivamente pagado al prestador del servicio de transporte informal.

Este formato aplica unicamente para justificar gastos de transporte en aquellos sitios donde no se cuenta con transporte formal.

Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el comisionado y el Supervisor de Contrato, se autoriza el presente gasto

COMISIONADO CONTRATISTA	SUPERVISOR DE CONTRATO	ORDENADOR DEL GASTO
Nombre completo: Kevin Jair Castellanos Gonzalez	**Nombre completo:** Yesid Maurico Florez Gomez	**Nombre completo:** Jairo Orlando Ramirez Montero
Firma: 	**Cargo:** Coordinador Programas Especiales	**Cargo:** Subdirector de Centro
	Firma: 	**Firma:**