SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

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

Código Regional	1
Código Centro	101001
Fecha Elaboración	Marzo de 2019
Versión	FEBRERO 2019 - 2.19
ID de Proceso	52088-854486

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	JUAN CAMILO DIAZ GUEVARA	C.C.	1.098.678.433	IP/Nº de contacto	12708
Correo electrónico contratista:	juancamilodiazg@gmail.com				
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	Es declarante de renta?	SI	Es Pensionado?	NO
Sus ingresos en el 2018 Superaron $46.418.000	NO	Inducción SST	SI	Presta Servicios Excluidos de IVA ?	NO
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA	Tipo de cta	AHORROS	Nº Cuenta	29119317647
Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados su actividad para cumplir con el objeto de su contrato?	NO	Si 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:	80400062019			Nº Compromiso SIIF	96219
Valor Total del Contrato	$ 33.000.000	Nº Pago	Periodo objeto de pago		Valor Bruto Pago
Saldo Anterior del Contrato	$ 30.000.000	2	Del 01/03/2019	Al 31/03/2019	$ 3.000.000,00
Nuevo Saldo del Contrato	$ 27.000.000		Comisiones	$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.000.000	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	$ 3.000.000	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	1.993.500	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	$ 0

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

	Marzo	Febrero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	---	33008839 - 33670254
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.200.000	$ 1.200.000
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 150.000	$ 150.000
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 192.000	$ 192.000
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL	$ 6.300	$ 6.300
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $728.000	$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.427.000	$ -	
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	$ -	
Dependientes hasta $ 1.090.640	$ -	
Salud hasta $ 543.320	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.224.800	$ 664.500	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

		TARIFA
Valor Base retención en la fuente	1.993.500,00	
Valor Base retención en la fuente ICA	2.658.000,00	
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	25.676,00	0,966%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
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	$ 2.974.324,00	

SON: DOS MILLONES NOVECIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS VEINTICUATRO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se aclara que aparte de la planilla 33008839 se debió generar la planilla 33670254 para el pago de la ARL
Elaboración de CIs solicitados por el coordinador del SMA
Colaboración en el trámite de elaboración del proceso mínima cuantía unidad odontologica
Gestión actualización pólizas Responsabilidad Civil Profesional médicos SMA regionales SENA
Actualizacion resolución excedentes servicios ambulatorios
Acio de actividades para garantizar que los miembros del SMA tengan usuario en plataforma compromiso
Actividades paraa verificar que los miembros del SMA realicen el curso modelo integrado de planeación y gestión
Acio de actividades para actualización de normatividad en SIGA

PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE: Cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas; 2. Los documentos soportes suministrados contienen el pago de Seguridad Social en Salud y Pensión, los aportes voluntarios a cuentas AFC, AFVP, 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 suministrada es verídica 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí diligenciados.

JUAN CAMILO DIAZ GUEVARA
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:

Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;

Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del periodo de cobro;

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,

ALEXANDER RAMIREZ MEDINA
ASESOR 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

VERONICA PONCE VALLEJO
SECRETARIA GENERAL

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

Bogota, D.C. Marzo del 2019

Señor (a)
ALEXANDER RAMIREZ MEDINA
SUPERVISOR(A) CONTRATO No. **804006 2019**
Coordinador SMA
Servicio Médico Asistencial
Bogota D.C

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

Referencia: No 804006 del año 2019

Juan Camilo Díaz Guevara identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.098.678.433 de Bucaramanga, en mi calidad de Contratista del SENA, en Servicio Médico Asistencial, 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 TRES MILLONES DE PESOS (33.000.000 m/ct) incluido IVA de conformidad con el régimen tributario a que pertenezca el futuro contratista. Esta suma será pagada por el SENA al CONTRATISTA, de la siguiente manera: a) Once (11) pagos iguales por valor de TRES MILLONES DE PESOS ($ 3.000.000 m/cte) cada uno. Los honorarios serán pagados por EL SENA al CONTRATISTA de acuerdo al cronograma definido por la Dirección Administrativa y Financiera de la Dirección General, en la cuenta de Ahorros No. 291-193176-47 del Banco Bancolombia, cuyo titular es el (la) CONTRATISTA; el cambio de cuenta por parte del contratista deberá ser informada al supervisor del contrato con el fin de surtir los trámites pertinentes. Para que EL SENA pueda adelantar los trámites administrativos para el pago, el (la) CONTRATISTA debe acreditar previamente el cumplimiento de los requisitos de pago, tales como la certificación expedida por el supervisor del contrato, en la que acredite el cumplimiento a entera satisfacción del objeto y Obligaciones del contrato en el respectivo periodo y cancelación de los aportes a la seguridad social: Salud, Pensión y Riesgos Laborales, así como los demás documentos necesarios para el pago.

Plazo: Será hasta el 31 de Diciembre de 2019

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

OBJETO:
Prestación de servicios profesionales para fortalecer la capacidad de gestión del Grupo de Servicio Médico Asistencial en lo relacionado con la atención de asuntos legales, normativos, atención de PQRS y demás solicitudes internas y externas, así como apoyar los procedimientos contractuales y administrativos que se requieran adelantar en el Grupo

CLÁUSULA SEGUNDA:

No	Obligaciones	Acciones realizadas	Evidencias
A	Mantener actualizada la normatividad aplicable al Servicio Médico Asistencial del SENA	No se realizó actividad	N/A
B	Participar en la elaboración de los estudios previos y actividades relacionadas con los procesos de contratación, que tanga por objeto la adquisición de bienes o servicios s del Servicio Médico Asistencial de la Dirección General	Colaboración en la elaboración de documento de estudios previos y trámites administrativos requeridos dentro del actual proceso de mínima cuantía requerido para la "Adquisición e instalación de una (1) unidad odontológica para el servicio médico asistencial de la dirección general del SENA"	Documento contentivo de los estudios previos para la " Adquisición e instalación de una (1) unidad odontológica para el servicio médico asistencial de la dirección general del SENA" (CD Adjunto)
C	Participar en la evaluación técnico jurídica de los procesos de contratación de los prestadores externos en las diferentes ramas de la medicina especializada dirigidos al servicio médico asistencial de la Dirección General	Análisis de la legalidad y viabilidad de las pólizas de Responsabilidad Civil Profesional requeridas a los profesionales médicos contratados por parte de los distintos Servicios Médicos de las regionales del SENA.	Cuadro en Excel contentivo del análisis a las pólizas de Responsabilidad Civil Profesional al momento enviadas por los Coordinadores de los Servicios Médicos de varias regionales del SENA (CD Adjunto)
D	Llevar a cabo las acciones necesarias en el proceso de actualización del Sistema Integrado de Gestión y Autocontrol SIGA	*Inicio de actividades encaminadas a garantizar que todos los miembros del SMA tenga cuenta de usuario compromiso.	Correo electrónico enviado al coordinador del contrato en el que se demuestra el cumplimiento de la obligación.

		*Actividades tendientes a verificar que los miembros del SMA realicen el curso modelo integrado de planeación y gestión. *Inicio de actividades para actualización de inventario de normatividad en SIGA	
E	Brindar acompañamiento jurídico en asuntos que son competencia del Servicio Médico Asistencial del SENA	Respuestas y elaboración de Cls requeridos por el SMA, más específicamente los siguientes: CRM 7-2019-010083 solicitud investigación, CPM 8-2019-013833 afiliación frente a interdicción provisoria, CRM 7-2019-010375 centralización compra medicamentos sma, CRF 1-2019-005207 objeciones a la centralización contratación suministro medicamentos, CRF 1-2019-005599 solicitud suspensión contrato.	Correos electrónicos enviados al Coordinador del Servicio Médico Asistencial con la elaboración de respuestas y requerimientos ante cada caso. (CD Adjunto)
F	Apoyar cuando se le requiera en la proyección y elaboración de informes, documentos o resolución de inquietudes que contribuyan al mejoramiento en la prestación del Servicio Médico Asistencial	Creación de clausulado que integrará nueva Resolución por la cual se regulará, entre otras cosas, lo relativo a la los excedentes de tratamientos ambulatorios.	Correo electrónico enviado al coordinador del contrato en el que se demuestra el cumplimiento (CD Adjunto)

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:

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1098678433	JUAN CAMILO DIAZ GUEVARA	CRA 29 NO. 42-24 APTO 101 CONJ. RES	6040332	juancamilodiazg@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2019-02	2019-02	I		33008839	$342.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1098678433	DIAZ GUEVARA JUAN CAMILO	3	0			N							X										25-14	1.200.000	192.000	0	0	0	0	EPS005	1.200.000	150.000		0		0		0	0	0	0	0	0	0

PAGADO
A2121

Este documento e clasificado como PRIVADO por parte de Compe Operador de información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1098678433	JUAN CAMILO DIAZ GUEVARA	CRA 29 NO. 42-24 APTO 101 CONJ. RES PARQUE 42	6040332	juancamilodiazg@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
33008839	06/03/2019				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2019-02	2019-02	N	14/03/2019	33670254	$6.400	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD												
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES RIESGOS LABORALES														
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	6.300				6.300	6	100	6.400			63	6.400	1

TOTALES CAJAS						
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
	No. Administradoras Reportadas	Valor Intereses de IGE, LMA IRP y Mora	
Salud	0	0	0
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	6.300	6.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES		6.300	6.400

33670254

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1098678433	JUAN CAMILO DIAZ GUEVARA	CRA 29 NO. 42-24 APTO 101 CONJ. RES [illegible]	6040332	juancamilodiazg@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
33008839	06/03/2019	N	14/03/2019	33670254	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2019-02	2019-02				$6.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cod. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1098678433	DIAZ GUEVARA JUAN CAMILO	59	0			N							X									25-14	1 200.000	192.000	0	0	0	0	EPS005	1 200.000	150.000	14-11	1 200.000	1	6.300		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento e[illegible]clasificado como PRIVADO por parte de Comper Operador de Información