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	Julio de 2019
Versión	FEBRERO 2019 - 2.19
ID de Proceso	37451-958456

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: / Correo electrónico contratista:	JUAN CAMILO DIAZ GUEVARA juancamilodiazg@gmail.com	C.C.	1.098.678.433	IP/N° de contacto	12708
Régimen del !VA:	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	N° Cuenta	29119317647
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:	804006/2019			N° Compromiso SIIF	96219		
Valor Total del Contrato	$ 33.000.000	N ° Pago	Periodo objeto de pago				Valor Bruto Pago
Saldo Anterior del Contrato	$ 18.000.000	6	Del	01/07/2019	Al	31/07/2019	$ 3.000.000,00
Nuevo Saldo del Contrato	$ 15.000.000		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		
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

	Julio	Junio			TARIFA
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	----------	35689201	Valor Base retención en la fuente	1.993.500,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.200.000	$ 1.200.000	Valor Base retención en la fuente ICA	2.658.000,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 150.000	$ 150.000	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 192.000	$ 192.000	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL	$ 6.300	$ 6.300	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 8299	25.676,00	0,966%
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	$ 664.500		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		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

Acompañamiento en trámite reporte novedad cambio representante legal ante la secretaria de salud.
Colaboración en elaboración de lineamientos y directrices dentro del proceso LP-DG-002-2019
Elaboración respuesta de correos a la Regional Distrito Capital para definir las directrices de los procesos de contratación conjuntos
Respuestas y elaboración de PQRS dirigidas al SMA
Asistencia reuniones con los proveedores Audifarma S.A. Y Eticos LTDA para resolver inquietudes del proceso LP-DG-002-2019

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 veridica; 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 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,

DELIA PATRICIA ORTIZ CORTAZAR
ASESOR G04

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 [illegible] VALLEJO
SECRETARIA GENERAL

02 AGO. 2019

6

010.000.241.056

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

Bogotá, D.C. julio del 2019

Señora
DELKA PATRICIA ORTÍZ
SUPERVISOR(A) CONTRATO No. **804006 / 2019**
Coordinador SMA
Servicio Médico Asistencial
Bogota D.C

Asunto: Informe mensual de ejecución contractual Mes JULIO 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

	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	Acompañamiento en trámite *reporte novedad cambio representante legal* ante la secretaría de salud.	Soporte radicación petición 201942301050012
B	Participar en la elaboración de los estudios previos y actividades relacionadas con los procesos de contratación, que tenga por objeto la adquisición de bienes o servicios s del Servicio Médico Asistencial de la Dirección General	Colaboración en la elaboración de lineamientos generales dentro del proceso LP-DG-002-2019, así como las directrices para el proceso de contratación a las regionales que resultaron desiertas dentro del mismo proceso.	Lineamientos para SENA y Contratistas para la ejecución de contrato LP-DG-002-2019. Circular No. 01-3-2019-000109 y sus respectivos anexos.
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	Elaboración de respuesta de correos a la Regional Distrito Capital a fin de definir las directrices de los procesos de contratación que se realicen de manera conjunta entre las regionales Distrito Capital, Distrito y Cundinamarca.	Correos dirigidos a la Regional Distrito Capital.
D	Llevar a cabo las acciones necesarias en el proceso de actualización del Sistema Integrado de Gestión y Autocontrol SIGA	No se realizó actividad	N/A
E	Brindar acompañamiento jurídico en asuntos que son	Respuestas y elaboración de PQRS dirigidas al SMA, más específicamente las siguientes:	Correos electrónicos enviados al Coordinador del Servicio Médico Asistencial

	competencia del Servicio Médico Asistencial del SENA	*Respuesta correo "Otrosí Adición y Prorroga Medicamentos" regional Quindío. Rad 8-2019-045876 (NIS: 2019-02-225709) *Respuesta mail solicitud de formatos SMA Rad. 8-2019-045900 (NIS: 2019-02-225904) *Respuesta mail recursos medicamentos regional Chocó. Rad. 8-2019-045745 (NIS: 2019-02-225408) *Respuesta mail solicitud lineamientos contrato suministro de medicamentos regional Boyacá. Rad 8-2019-045744 (NIS: 2019-02-221884) * Respuesta a comunicado 7-2019-027212, Valle Crisis medicamentos SMA Sindesena. * Respuesta compromiso sindical Unaltrasena.	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	Asistencia y estructuración de reuniones con los proveedores Audifarma S.A. Y Eticos LTDA para resolver inquietudes que contribuyan al mejoramiento de la prestación objeto del proceso LP-DG-002-2019	Soporte de respuesta a observaciones de la referencia. (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:

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, No 35689201, expedida por MI PLANILLA correspondiente al mes de junio de 2019.

Evidencias en (1) CD anexo

Cordialmente,

Juan Camilo Díaz Guevara
Contratista
C.C. No. 1.098.678.433 de Bucaramanga

Recibí a satisfacción:

DELKA PATRICIA ORTÍZ

Supervisora (E) Contrato 804006 de 2019

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQU ACION 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	
			2019/07/08	45703308	EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2019-06	2019-06	I	08/07/2019	35689201	$348.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	150.000	0		0		0	0	0	0	150.000	1

TOTALES PENSION												
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
25-14	Colpensiones	900336004-7	192.000	0	0	0	0	0	0		192.000	1

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	860903790-5	6.300				6.300	0	0	6.300			63	6.300	1

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

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	150.000	150.000
Pensión	1	192.000	192.000
Riesgos Laborales	1	6.300	6.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	348.300	348.300

35689201

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 PARQUE 42	6040332	juancamilodiazg@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C	BOGOTA. 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	
2019-06	2019-06	I	08/07/2019	35689201	$348.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACION 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	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	59	0				N																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	0

PAGADA

Este documento clasificado como PRIVADO por parte de Compe r Operador de Información