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** | **Marzo de 2019** |
| **Versión** | **FEBRERO 2019 - 2,19** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos contratista:** | YASMIN ENIDH ARDILA MEDINA | **C.C.** | 30.206.137 | **IP/Nº de contacto** | 3213974734 |
| **Correo electrónico contratista:** | yasminardilam@hotmail.com | | | | |
| **Régimen del IVA:** | NO RESPONSABLE | **Es declarante de renta?** | SI | **Es Pensionado?** | NO |
| **Sus ingresos en el 2018 Superaron $46.418.000** | SI | **Inducción SST** | SI | **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** | SI |
| **Banco al cual consignar:** | BANCO BBVA | **Tipo de cta** | AHORROS | **Nº Cuenta** | 0334151602 |
| **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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nº del contrato:** | 837026/2019 | | | **Nº Compromiso SIIF** | | **16719** | |
| **Valor Total del Contrato** | $ 8.250.000 | **N ° Pago** | **Periodo objeto de pago** | | | | **Valor Bruto Pago** |
| **Saldo Anterior del Contrato** | $ 8.250.000 | **1** | **Del** | **22/02/2019** | **Al** | **28/02/2019** | **$ 550.000,00** |
| **Nuevo Saldo del Contrato** | $ 7.700.000 | | Comisiones | | | $ 0,00 | |

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 550.000 | | 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** | **$ 550.000** | | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 235.425** | | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 0** |

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

| | **Febrero** | **Enero** | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | ---------- | **8655383498** | Valor Base retención en la fuente | 235.425,00 | TARIFA |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | $ 828.116 | $ 0 | Valor Base retención en la fuente ICA | 313.900,00 | |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | $ 103.600 | $ 0 | Valor base IVA | 0,00 | |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | $ 132.500 | $ 0 | 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 II | $ 8.700 | $ 0 | Menos Retencion IVA | 0,00 | 15% |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias | $ - | | Reteica - 8560 | 628,00 | 0,200% |
| 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 | $ 78.475 | | Descuentos de Libranza | 0,00 | |
| Retención en la Fuente Contingente | $ - | | Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| | | | **VALOR A PAGAR** | **$ 549.372,00** | |

**SON: QUINIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL TRESCIENTOS SETENTA Y DOS PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

ACOMPAÑAMIENTO PEDAGÓGICO A APRENDIZ CON DISCAPACIDAD FÍSICA ALA FICHA 1440593 5 HORAS
CARACTERIZACIÓN A ESTUDIANTES CON DISCAPACIDAD COGNITIVA ALA FICHA 1620216 5 HORAS
ACOMPAÑAMIENTO PEDAGÓGICO EN HABILIDADES COMUNICATIVAS ALA FICHA 1805399 5 HORAS
ACOMPAÑAMIENTO PEDAGÓGICO A ESTUDIANTE DE LA FICHA 1366995 5 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.

**YASMIN ENIDH ARDILA MEDINA**
**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,

**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)**

# CONSULTA EMPLEADO

Razón Social: YASMIN ENIDH ARDILA MEDINA
Identificación CC 30206137
Sucursal 00
Período Pensión 2019-02
Período Salud 2019-02
Fecha Pago Planilla 2019-02-19

| | |
|---|---|
| Tipo Identificación | CC |
| Numero Identificación | 30206137 |
| Nombre | YASMIN ENIDH ARDILA MEDINA |
| EPS | NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A. |
| AFP | PORVENIR |
| Caja de compensación | Sin CCF |
| ARL | LIBERTY SEGUROS DE VIDA |
| Número Planilla | 3655383498 |
| Referencia de Pago(PIN) | 3667714604 |
| Tipo Planilla | I |
| Periodo Pensión | 2019-02 |
| Periodo Salud | 2019-02 |
| Tipo Cotizante | Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes |
| Subtipo de Cotizante | Sin Subtipo |
| Novedad de ingreso Inicial | |
| Novedad de Retiro Final | |

| ING | Fecha ING | RET | Fecha RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | Fecha VSP | VTE | VST | SLN | Fecha Sln inicio | Fecha Sln Fin | IGE | Fecha Ige Inicio | Fecha Ige Fin | LMA | Fecha LMA Inicio | Fecha LMA Fin | VAC | Fecha Vac Inicio | Fecha VAC Fin | AVP | VCT | Fecha VCT Inicio | Fecha VCT Fin | IRL | Fecha IRL Inicio | Fecha IRL Fin |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | |

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

| Días Cot | IBC | Tarifa | Cot. Obligatoria | Cot. Voluntaria | | Total | Fondo de Solidaridad de Pensional | Fondo de Subsistencia | Valor no retenido |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Afiliado | Aportante | | | | |
| 30 | 828116 | 0,1600000 | 132500 | 0 | 0 | 132500 | 0 | 0 | 0 |

SISTEMA GENERAL DE SALUD

| Días Cot | IBC | Tarifa | Cot. Obligatoria | UPC adicional | Incapacidades E.G | | Licencias de Maternidad o | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | Número Autorización | Valor | Número Autorización | Valor |
| 30 | 828116 | 0,1250000 | 103600 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

| Días Cot | IBC | Tarifa | Cot. Obligatoria | Código de centro de trabajo |
|---|---|---|---|---|
| 30 | 828116 | 0,0104400 | 8700 | 30206137 |

APORTES PARAFISCALES

| Días Cot | Caja de Compensación Familiar | | | Sena | | | ICBF | | ESAP | | MIN DE EDUCACIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | IBC | Tarifa | Cot.Obligatoria | IBC | Tarifa | Cot. Obligatoria | Tarifa | Cot. Obligatoria | Tarifa | Cot. | Tarifa | Cot. Obligatoria |
| 0 | 0 | 0,0000000 | 0 | 0 | 0,0000000 | 0 | 0,0000000 | 0 | 0,0000000 | 0 | 0,0000000 | 0 |

| | |
|---|---|
| | **INFORME MENSUAL DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL** |

Barbosa, febrero del 2019

Señor (a)
**MARTHA RUEDA MONCADA**
SUPERVISOR(A) CONTRATO No. **CO1.PCCNTR.837026**
Coordinación Académica
Vélez

**Asunto:** Informe mensual de ejecución contractual Mes FEBRERO del año 2019

**Referencia:** No.CO1.PCCNTR.837026 del año (2019)

YASMIN ARDILA MEDINA, identificado con la cédula de ciudadanía No. 30.206.137 de Barbosa, 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 de cobro.

**Valor y forma de Pago**: El valor total del presente contrato es máximo de **Ocho millones Doscientos cincuenta mil** Pesos M/Cte. **($8250000) 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 **Un millón seiscientos cincuenta mil** Pesos **($1650000),** en caso en que las actividades no superen en el mes el pago se realizara en proporcional según el tiempo mensual laborado sin exceder el valor total del contrato**.**

**Plazo:** Sera hasta el veintiuno (21) de julio del 2019

| **OBJETO:** |
|---|
| Prestación de servicios personales de carácter temporal, para desarrollar programas de formación titulada y complementaria en área de pedagogía en el Centro de Gestión Agroempresarial del Oriente. |

**CLÁUSULA CUARTA.OBLIGACIONES DE LAS PARTES**

| | |
|---|---|
| | **INFORME MENSUAL DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL** |

| 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 apoya los procesos de enseñanza de aprendizaje de los estudiantes con discapacidad | EVIDENCIAS FOTROGRAFICAS EN EL DRIVE |
| | 3. Evaluar el proceso de aprendizaje, las estrategias, el medio ambiente, el rendimiento académico de los aprendices y diligenciar oportunamente los formatos correspondientes | Se evaluó el proceso de un aprendices que ´presenta una parálisis cerebral | ACTAS FIRMADAS EN EL DRIVE |
| | 5. Rendir oportunamente los informes requeridos sobre las acciones encomendadas y los productos resultantes de procesos de Formación Profesional | SE envió un informe de cada uno de los aprendices con discapacidad que fueron apoyados en año 2018 | INFORME SUBIDO AL 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:

| 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.*

| | |
|---|---|
| | **INFORME MENSUAL DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL** |

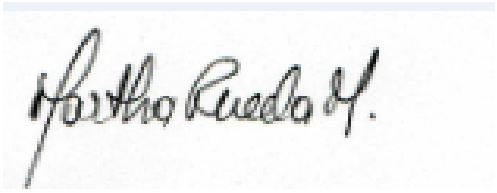
Para el trámite de la cuenta me permito adjuntar: documentos enunciados como evidencias del cumplimiento de las obligaciones contractuales y los desplazamientos realizados, fotocopia de la planilla- recibo de pago de aportes a salud, pensiones y ARL, (8655383498) expedido por Asopagos y correspondiente al mes de febrero del año 2019.

Evidencias en ( ) folios

Cordialmente,



**YASMIN ARDILA MEDINA**
**Contratista**
**C.C. 30206137**



Recibí a satisfacción:

**MARTA RUEDA MONCADA**
**Supervisor(a) Contrato** CO1.PCCNTR.837026 **de 2019**

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

## Hace constar:

Que el Sr(a) YASMIN ENIDH ARDILA MEDINA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 30206137 realizó el día 11/03/2019 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

La presente constancia tiene validez para aplicación y uso al interior de la entidad, con el fin de dar cumplimiento al Decreto 1072 de 2015, Libro 2, Parte 2, Título 4, Capítulo 6, Articulo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

## Compromiso SST:

Yo YASMIN ENIDH ARDILA MEDINA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 30206137 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

1. Procurar el cuidado integral de mi salud.
2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumiré su costo.
3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.
4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.
5. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.
6. Informar oportunamente a los contratantes toda novedad derivada de mi contrato.



Firma

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General - SENA

Barbosa, 13 De Marzo de 2019

Señores
SENA
Regional

**ASUNTO: CERTIFICACIÓN DE MI CONDICIÓN DE OBLIGADO O NO A DECLARAR RENTA POR EL AÑO GRAVABLE 2018.**

Yo, Yasmin Ardila Medina, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 30.206.137, vinculado actualmente con el SENA, certifico bajo la gravedad de juramento (Art. 442 del Código Penal) lo siguiente:

1) Que sí califico en la categoría de empleado establecida en el art. 329 del E.T. (creado con el art. 10 de la Ley 1607 de diciembre 26 de 2012), pues actualmente soy residente en Colombia (Art. 10 del E.T.) y mis ingresos brutos sí provienen en un 80% o más de mis rentas laborales.

2) Que por el año gravable 2018, SI estoy obligado a declarar renta según los requisitos contemplados en el Art. 7 del Decreto 2243 del 24 de noviembre 2015.

Para constancia de lo anterior, firmo en Ciudad a los 13 días del mes de marzo del 2019. Atentamente



YASMIN ARDILA MEDINA

C.C 30206137 de Barbosa