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	**Noviembre 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:	1052328/2019			**Nº Compromiso SIIF**		**73919**	
Valor Total del Contrato	$ 12.375.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 7.095.000	**4**	**Del**	**01/11/2019**	**Al**	**30/11/2019**	**$ 3.410.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 3.685.000		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.410.000	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	**$ 3.410.000**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.265.900**	**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	----------	**8601780165**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.364.000	$ 828.116
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 170.500	$ 103.600
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 218.300	$ 132.500
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 14.300	$ 8.700
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.128.000	$ -	
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 A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -	
Dependientes hasta $ 1.096.640	$ -	
Salud hasta $ 548.320	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.224.800	$ 755.300	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.265.900,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.021.200,00	
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 - 8560	6.042,00	0,200%
-	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	**$ 3.403.958,00**	

SON: TRES MILLONES CUATROCIENTOS TRES MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y OCHO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

ACOMPAÑAMIENTO PEDAGÓGICO A APRENDIZ CON DISCAPACIDAD EN HABILIDADES COMUNICATIVAS ESCRITAS Y DE FORMA ORAL ALA FICHA 19068
ACOMPAÑAMIENTO PEDAGÓGICO A APRENDIZ CON DISCAPACIDAD EN HABILIDADES COMUNICATIVAS ESCRITAS Y DE FORMA ORAL ALA FICHA 16202
ACOMPAÑAMIENTO PEDAGÓGICO A APRENDIZ CON DISCAPACIDAD EN HABILIDADES COMUNICATIVAS ESCRITAS Y DE FORMA ORAL ALA FICHA 16288
ACOMPAÑAMIENTO PEDAGÓGICO A APRENDIZ CON DISCAPACIDAD EN HABILIDADES COMUNICATIVAS ESCRITAS Y DE FORMA ORAL ALA FICHA 18426
ACOMPAÑAMIENTO PEDAGÓGICO A APRENDIZ CON DISCAPACIDAD EN HABILIDADES COMUNICATIVAS ESCRITAS Y DE FORMA ORAL ALA FICHA 15821
ACOMPAÑAMIENTO PEDAGÓGICO A APRENDIZ CON DISCAPACIDAD EN HABILIDADES COMUNICATIVAS ESCRITAS Y DE FORMA ORAL ALA FICHA 18054
ACOMPAÑAMIENTO Y CAPACITACIÓN A PERSONAS EN INCLUSIÓN y ACOMPAÑAMIENTO CON 11 HORAS

TOTAL DE 125 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
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02

CONSULTA EMPLEADO

RAZÓN SOCIAL	YASMIN ENIDH ARDILA MEDINA
IDENTIFICACIÓN APORTANTE	CC-30206137
SUCURSAL	00
FECHA PAGO	2019-11-22
INDENTIFICACION EMPLEADO	CC-30206137
NOMBRE EMPLEADO	YASMIN ENIDH ARDILA MEDINA
EPS	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.
AFP	PORVENIR
CAJA COMPENSACIÓN	Sin CCF
ARL	ARL SURA - SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.
NÚMERO PLANILLA	8601780165
REFERENCIA PAGO(PIN)	8667714604
TIPO PLANILLA	I
PERIODO PENSIÓN	2019-10
PERIODO SALUD	2019-10
TIPO COTIZANTE	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes
SUBTIPO COTIZANTE	Sin Subtipo
NOVEDAD INGRESO INICIAL	
NOVEDAD INGRESO 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	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	Fondo de Subsistencia	Valor no retenido
				Afiliado	Aportante				
30	828.116	0,1600000	$ 132.500	$ 0	$ 0	$ 132.500	$ 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	828.116	0,1250000	$ 103.600	$ 0	0	$ 0	0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Código de centro de trabajo
30	828.116	0,0104400	$ 8.700	999999999

APORTES PARAFISCALES

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

TOTAL COTIZACIÓN EMPLEADO

Pension	Salud	Riesgos	Parafiscales	Total
$ 132.500	$ 103.600	$ 8.700	$ 0	$ 244.800

INFORME MENSUAL DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL

Barbosa, NOVIEMBRE del 2019

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

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

Referencia: No. CO1.PCCNTR.105232 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 setecientos sesenta mil** Pesos **($1760000),** en caso en que las actividades no superen en el mes **el** pago se realizará en proporcional según el tiempo mensual laborado sin exceder el valor total del contrato**.**

Plazo: Sera hasta el quince (15) de diciembre 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

No	Obligaciones	Acciones realizadas	Evidencias
11.	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 orienta y se apoya a aprendices con discapacidad cognitiva un proyecto de investigación sobre lácteos,	PRIMERA PARTE DELTRABAJO
	2. Dar cumplimiento estricto a los	Se da cumplimiento a subir	PANTAÑAZO DE

	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	las actas de las practicas productivas y la nota en sofia plus de la aprendiz de baja visión	LA NOTA DE LA ETAPA PRODUCTIVA
	3. Evaluar el proceso de aprendizaje, las estrategias, el medio ambiente, el rendimiento académico de los aprendices y diligenciar oportunamente los formatos correspondientes	Se evalúa el proceso los de aprendizajes con discapacidad en cada una de sus formaciones	EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS
	4. Participar en procesos de promoción de los programas de Formación Profesional Integral, servicios y actividades de divulgación tecnológica programados por el Centro.	Se realizó un acompañamiento en la semana de LENGUAS, con el instructor de inglés ROMAN; socializando L LENGUA DE SEÑAS COLOMBIANAS CON todos los aprendices de las diferentes formaciones de VELEZ Y BARBOSA; donde se trajo un modelo lingüístico para socializar esta forma de comunicación	EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS
	5. Rendir oportunamente los informes requeridos sobre las acciones encomendadas y los productos resultantes de procesos de Formación Profesional	Se rindió un informe al área académica de las diferentes actividades que se realizaron con los aprendices con discapacidad	INFORME
	6. Responder por la integridad y buen uso de materiales, equipos y demás elementos de la institución Puestos bajo su cuidado para desarrollar labores propias de su cargo.	Se trabaja en las diferentes dependencias de la institución de aprendices de articulación con los colegios donde se deja en buen estado todos lo elementos que hacen parte de el	EVIDENCIA FOTOGRAFICA
	8. Hacer cumplir y cumplir con el reglamento del aprendiz.	cada aprendiz que realiza las actividades; Porta su uniforme y carnet adecuadamente dentro y fuera de la institución	EVIDENCIA FOTOGRAFICA

	9. Hacer seguimiento y evaluar la etapa productiva de los aprendices que les sean asignados para dicho fin.	Se está realizando un acompañamiento en la práctica productiva a aprendices con discapacidad visual, cognitiva y una sorda	INFORMES DE APRENDICES CON DISCAPACIDAD

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:

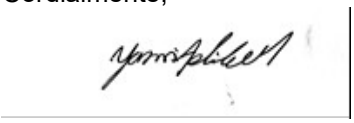
ITEM	No DE LA ORDEN DE VIAJE	LUGAR DE DESPLAZAMIENTO	FECHAS DE DESPLAZAMIENTOS	
			INICIO	FINALIZACIÓN
1.				
2.				
……				

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.*

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, (8601780165) expedido por asopago y correspondiente al mes de OCTUBRE 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**