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	**Octubre de 2019**
Versión	**FEBRERO 2019 - 2,19**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	ANGELA CAMILA VALBUENA BONCES	**C.C.**	1.020.779.100	**IP/Nº de contacto**	74110
Correo electrónico contratista:	acvalbuena00@misena.edu.co				
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta?**	NO	**Es Pensionado?**	NO
Sus ingresos en el 2018 Superaron $46.418.000	NO	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**	SI
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**	32965500145
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:	833092/2019			**Nº Compromiso SIIF**		**17919**	
Valor Total del Contrato	$ 33.469.850	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 9.316.350	**8**	**Del**	**01/10/2019**	**Al**	**31/10/2019**	**$ 3.450.500,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 5.865.850		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.450.500		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	**$ 3.450.500**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.082.750**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Octubre	Septiembre			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**7731311251**	Valor Base retención en la fuente	2.082.750,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.380.200	$ 1.380.200	Valor Base retención en la fuente ICA	3.057.000,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 172.600	$ 172.600	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 220.900	$ 220.900	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	$ 14.500	$ 14.500	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 8543	6.114,00	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	$ 280.000				
Renta Exenta 25% $ 8.224.800	$ 694.250		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			VALOR A PAGAR	**$ 3.444.386,00**	

SON: TRES MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y SEIS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

1751748. 145 h
1997603. 15 h (ficha anulada) = 0 h
1997596. 15 h
Desarrollar, orientar y preparar procesos de aprendizaje. Total = 160 h
Actividades adicionales 16 h
Total = 175 h

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.

ANGELA CAMILA VALBUENA BONCES
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

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1020779100
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	ANGELA CAMILA VALBUENA BONCES VALBUENA BONCES VALBUENA BONCES		
CIUDAD/MUNICIPIO:	VELEZ	DEPARTAMENTO:	SANTANDER
DIRECCIÓN:	CARRERA 4 N° 9-22	TELÉFONO:	7564394
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Educación técnica profesional.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7731311251**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS:	MES:	septiembre	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES:	septiembre
	AÑO:	2019		AÑO:	2019
DÍAS DE MORA:		6			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2019/10/08	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		504944426

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800253055	230901	230901-SKANDIA OBLIGATORIO	1	$ 221.900
SUBTOTAL:			1	**$ 221.900**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900156264	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	$ 173.400
SUBTOTAL:			1	**$ 173.400**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890903790	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 14.600
SUBTOTAL:			1	**$ 14.600**

TOTAL PAGADO:	**$ 409.900**

INFORME MENSUAL DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL

Vélez, octubre del 2019

Señor (a)
Martha Rueda Moncada
SUPERVISOR(A) CONTRATO No. **CO1.PCCNTR.833092**
Coordinaciónón Académica
Centro de Gestión Agroempresarial del Oriente
Regional Santander Trasversal 8 No. 8 A - 50 Vélez

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

Referencia: No (CO1.PCCNTR.833092) del año (2019)

(ANGELA CAMILA VALBUENA BONCES), identificado con la cédula de ciudadanía No.1020779100 de BOGOTÁ, 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 objeto de cobro.

Valor y forma de Pago: El valor total del presente contrato es máximo de Treinta y cuatro millones quinientos cinco mil Pesos M/Cte. ($34505000) 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 Tres millones cuatrocientos cincuenta mil quinientos Pesos ($3450500), o con pagos proporcionales según el tiempo mensual laborado sin exceder el valor total del contrato, en caso de no cumplirse.

Plazo: 18 de diciembre de 2019

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

CLÁUSULA CUARTA: Obligaciones de las partes

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 Integra	Se ejecutó actividades formativas orientadas a la planeación estratégica, a través del desarrollo de las competencias. Interactuar en lengua Inglesa de forma oral y escrita dentro de los contextos sociales y laborales según los criterios	Guía de aprendizaje - - carpeta desarrollo curricular octubre - complementaria 2019 - Drive

	establecidos por el marco común de referencia Europea para las lenguas.	
2. Dar cumplimiento estricto a los 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.	Utilizar los formatos actualizados que se requieren para la ejecución de la formación.	Ficha de caracterización generada. Pantallazo ficha de caracterización asignada - obligación 2 - carpeta obligaciones octubre - complementaria - Drive
3. Evaluar el proceso de aprendizaje, las estrategias, el medio ambiente, el rendimiento académico de los aprendices y diligenciar oportunamente los formatos correspondientes	Material de apoyo elaborado por el instructor	Listas de chequeo - Drive - carpeta desarrollo curricular mayo - complementaria 2019 - Drive Listas de chequeo - obligación 3 - carpeta obligaciones octubre - complementaria 2019 - Drive
4. Participar en procesos de promoción de los programas de Formación Profesional Integral, servicios y actividades de divulgaciónn tecnológica programados por el Centro.	Divulgación virtual y física (repartición de folletos) de cursos de inglés en diferentes horarios.	Pdf folleto - obligación 4 - carpeta obligaciones octubre - complementaria 2019 - Drive
5. Rendir oportunamente los informes requeridos sobre las acciones encomendadas y los productos resultantes de procesos de Formación Profesional.	Reporte de juicios evaluativos	
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.	Revisar inventario de ambientes y velar por el buen uso y aseo de los ambientes.	Firmas en planillas de ambientes - obligación 6 - carpeta obligaciones octubre - complementaria 2019 - Drive
7. Reportar en el sistema Sofia Plus en un plazo máximo de 5 días hábiles, todas las actividades que de acuerdo con los procesos que son de su responsabilidad, garantizando la calidad de la información y su coherencia con el proceso formativo, tales como: Registro de los juicios evaluativos; Creación de rutas y asociación de aprendices;	Creación de ruta de aprendizaje y asignación de aprendices a fichas.	Fichas en sofia plus

INFORME MENSUAL DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL

Registro de juicios evaluativos del reconocimiento de aprendizajes previos; Comunicar al Coordinador Académico oportunamente anomalías, inconsistencias, novedades de aprendices y hallazgos en el registro de la información		
9. Hacer cumplir y cumplir con el reglamento del aprendiz	Participar en la NCL Orientar formación presencial de acuerdo con procedimiento técnico y normativa	Certificado NCL - Obligación 9 - carpeta obligaciones - complementaria 2019 - Drive
11. Custodiar, organizar y archivar los documentos producidos por la dependencia.	Documentos organizados crónicamente por carpetas en el la carpeta compartida (complementaria 2019), constantemente revisada por supervisora	Complementaria 2019 - Drive
12. Las demás que se requieran para el cumplimiento del contrato.	Evidencia de trabajo en equipo con instructores	Obligación 12 - carpeta obligaciones - complementaria 2019 - 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.

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 (**7731311251**) expedido por SOI correspondiente al mes de Septiembre del año 2019.

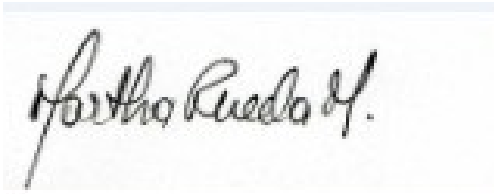
INFORME MENSUAL DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL

Evidencias en (3) folios



Cordialmente,

ANGELA CAMILA VALBUENA BONCES
Contratista
C.C. No. 1020779100
Recibí a satisfacción:



Martha Rueda Moncada
Supervisor(a) Contrato CO1.PCCNTR.833092 de 2019

Allianz Seguros de Vida S.A.

NIT 860.027.404-1

CERTIFICA

Que el (la) señor(a) **ANGELA CAMILA VALBUENA BONCES**, identificado (a) con CC **1020779100** contrató para el año 2018 la póliza de salud N°**022316388** a través de Allianz Seguros de Vida S.A y registro pagos por concepto de primas de los asegurados asociados a esta póliza, los cuales se relacionan a continuación:

ASEGURADOS:

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO	PRIMA
ANGELA CAMILA VALBUENA BONCES	CC-1020779100	Asegurado principal	1.546.658,09
		TOTAL	1.546.658,09
		IVA	77.332,90
		TOTAL + IVA	**1.623.990,99**

LA SUMA DE: 1.623.990,99 (UN MILLON SEISCIENTOS VEINTITRES MIL NOVECIENTOS NOVENTA PESOS CON NOVENTA Y NUEVE CENTAVOS)

La presente certificación se expide a solicitud del interesado, en Bogotá D.C. a los 01 días del mes de Febrero de 2019 (01/02/2019), de acuerdo a lo establecido por el artículo 87 del Estatuto Tributario.

Cordialmente,



Representante Legal
Allianz Seguros de Vida S.A.

Allianz Seguros de Vida S.A.

NIT 860.027.404-1

CERTIFICA

Que el (la) señor(a) **ANGELA CAMILA VALBUENA BONCES**, identificado (a) con CC **1020779100** contrató para el año 2018 la póliza de salud N°**022148204** a través de Allianz Seguros de Vida S.A y registro pagos por concepto de primas de los asegurados asociados a esta póliza, los cuales se relacionan a continuación:

ASEGURADOS:

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO	PRIMA
ANGELA CAMILA VALBUENA BONCES	CC-1020779100	Asegurado principal	2.390.897,14
		TOTAL	2.390.897,14
		IVA	119.544,85
		TOTAL + IVA	**2.510.441,99**

LA SUMA DE: 2.510.441,99 (DOS MILLONES QUINIENTOS DIEZ MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y UNO PESOS CON NOVENTA Y NUEVE CENTAVOS)

La presente certificación se expide a solicitud del interesado, en Bogotá D.C. a los 01 días del mes de Febrero de 2019 (01/02/2019), de acuerdo a lo establecido por el artículo 87 del Estatuto Tributario.

Cordialmente,



Representante Legal
Allianz Seguros de Vida S.A.