SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

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

REGIONAL SANTANDER
DESPACHO DIRECCION

Código Regional	68
Código Centro	101068
Fecha Elaboración	27 de mayo de 2019
Versión	FEBRERO 2019 - 2,19

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	SILVIA MARGARITA VILLAMIZAR REY				
Correo electrónico contratista:	smvillamizar@sena.edu.co	C.C.	63.545.997	IP/N° de contacto	14954
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 ?	NO
Banco al cual consignar:	DAVIVIENDA	Tipo de cta	AHORROS	N° Cuenta	550009600141759
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:	782184/2019			N° Compromiso SIIF	7319	
Valor Total del Contrato	$ 35.013.000	N ° Pago	Periodo objeto de pago			Valor Bruto Pago
Saldo Anterior del Contrato	$ 25.464.000	4	Del	01/05/2019	Al 31/05/2019	$ 3.183.000,00
Nuevo Saldo del Contrato	$ 22.281.000		Comisiones		$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.183.000		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	$ 3.183.000		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	$ 2.115.000		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	$ 0

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

	Mayo	Abril
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	----------	8334831978
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.273.200	$ 1.273.200
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 159.200	$ 159.200
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 203.800	$ 203.800
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL	$ 6.700	$ 6.700
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	$ 705.000	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.115.000,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	2.820.000,00	
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 - 8544	0,00	0,000%
-	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	$ 3.183.000,00	

SON: TRES MILLONES CIENTO OCHENTA Y TRES MIL PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se realiza la orientación a los usuarios que se presentan diariamente
Se realizó un taller de orientación ocupacional
Se realizan registros la a las empresas y buscadores empleo con los parámetros establecidos
Se realiza atención y publicación de vacantes a los diferentes empresarios
Se realiza seguimiento a las solicitudes diariamente

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.

SILVIA MARGARITA VILLAMIZAR REY
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 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,

CLAUDIA MARCELA MURILLO SALGUERO
PROFESIONAL 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

ORLANDO ARIZA ARIZA
DIRECTOR REGIONAL

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	63545997	SILVIA MARGARITA VILLAMIZAR REY		AV QUEBRADA SECA 32D 47 APTO. 606	6450903	simavi2006@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			SANTANDER	BUCARAMANGA		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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2019-04	2019-04	I		34831978	$371.200	

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					
EPS016	Coomeva EPS	805000427-1	159.300	0		0		0	4	500	0	159.800	1

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
231001	Colfondos	800227940-6	203.900	0	0	0	0	4	700	0	204.600	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	890903790-5	6.700				6.700	4	100	6.800			67	6.800	1

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

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días 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	159.300	159.800
Pensión	1	203.900	204.600
Riesgos Laborales	1	6.700	6.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	369.900	371.200

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

INFORME MENSUAL DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL

Bucaramanga 31 de mayo de 2019

Señor (a)
CLAUDIA MARCELA MURILLO SALGUERO
SUPERVISOR(A) CONTRATO No. 782184
Coordinadora Agencia Pública de Empleo
Regional Santander
Bucaramanga

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

Referencia: No (782184) del año (2019)

SILVIA MARGARITA VILLAMIZAR REY, identificado con la cédula de ciudadanía No. 63.545.997 de Bucaramanga, en mi calidad de Contratista del SENA, en regional Santander, 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: Se fija como valor total para cada uno de los contratos la suma de TREINTA Y CINCO MILLONES TRECE MIL PESOS 00/100 M.N. ($35.013.000) Incluido Iva. Esta suma será pagada por el SENA al contratista de la siguiente manera: a) Un pago proporcional por los días ejecutados durante el mes de enero de 2019 b) pagos iguales mensuales por los meses de febrero a diciembre de 2019 por valor de TRES MILLONES CIENTO OCHENTA Y TRES MIL PESOS 00/100 M.N. ($3.183.000) cada uno.

Plazo: Será hasta el (31) de (diciembre) de 2019.

OBJETO:
Prestar los servicios profesionales para la Agencia Pública de Empleo, con el fin de brindar la orientación ocupacional personalizada a los buscadores de empleo y empresarios, mediante la identificación de necesidades individuales, análisis ocupacional enfocado a la región y el desarrollo y seguimiento de acciones de intermediación laboral, apoyándose en las herramientas destinadas para tal fin, entre las que se encuentran los talleres de orientación ocupacional

	preselección y entrevista, así como eventos de promoción y divulgación, microrruedas de empleo y atención en oficinas móviles, llevando a cabo el correspondiente registro de cada acción en el aplicativo de intermediación laboral de la APE		
	Orientar y registrar en el aplicativo de intermediación laboral de la APE, las acciones de orientación ocupacional. GTH	se registran mediante el aplicativo todas las orientaciones realizadas en el periodo tano a empresarios como buscadores	Aplicativo

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.*

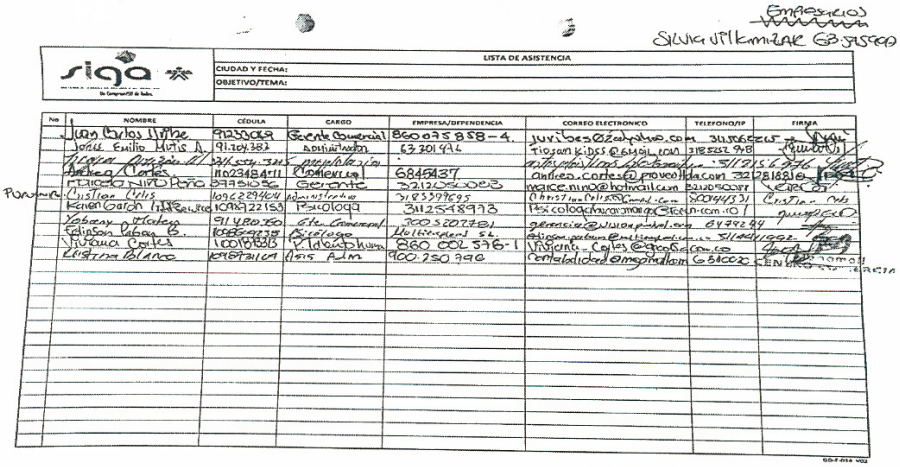
Para el trámite de la cuenta me permito adjuntar: documentos enunciados como evidencias del cumplimiento de las obligaciones contractuales y los desplazamientos realizados, fotocopia de la planilla- recibo de pago de aportes a salud, pensiones y ARL, 8334831978 (expedido por mi planilla correspondiente al mes de abril del año 2019.

Evidencias en ( ) folios

Cordialmente,

EVIDENCIAS DOCUMENTALES PERIODO DEL 01 AL 31 DE MAYO DE 2019

1. Visita Empresarial



siga

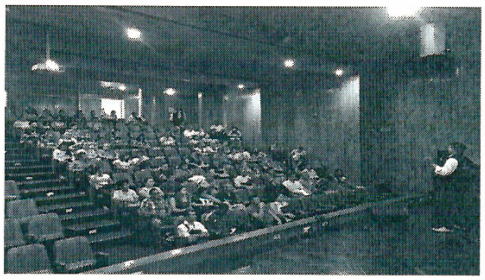
LISTA DE ASISTENCIA

CIUDAD Y FECHA:

OBJETIVO/TEMA:

No	NOMBRE	CÉDULA	CARGO	EMPRESA/DEPENDENCIA	CORREO ELECTRONICO	TELEFONO/IP	FIRMA
	Juan Carlos Uribe	9235068	Gerente Comercial	860025888-4	juribes02@yahoo.com	3137665615	
	Jorge Emilio Mejía A.	91.369.382	Administrador	63 201 944	Tiosam.k.dss@gmail.com	3185652948	
	Ximena Quijano M.	24.554.341	propietaria			3117215	
	Andrea Cortes	1102348411	Auxiliar	6845437	andrea.cortes@pavco.com.co	3212818316	
	Mauricio Nino Peña	79951056	Gerente	3212554003	marce.nino@hotmail.com	3212050387	
	Cristian Mejía	1096229464	Administrativo	3185379695	Administrativo1@hotmail.com	3004443131	
	Fabian Garcia Tapiero	1094922153	Practicante	3112548973	Practicante.mercadeo@siga.com.co		
	Yohana Montaño	91480750	Ate. Comercial	3003207781	gerencia@nivimp-ltda.com	6478249	
	Edinson Lobon B.	1065599738	Digitador	Universidad EL		3114411662	
	Viviana Cortes	1007190805	Vendedora Mayor	860.002.396-1	Viviana.Cortes@tigo.com.co		
	Cristina Polanco	1098731104	Jefe Adm	900.750.996	Contabilidad@mgmedicom	6582022	

2. Apoyo Taller de Orientación Ocupacional "Ruta de la Empleabilidad" 22 de mayo



3. 21 de mayo ITAE taller de orientación inscripción



El servicio público es de todos | Función Pública

Verificado el aplicativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

Hace constar que:

SILVIA MARGARITA VILLAMIZAR REY

C.C 63.545.997

Participó y completó con éxito el Módulo de Fundamentos Generales del Curso virtual del **Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG**

Bogotá D.C., 12 de abril 2019

María del Pilar García González
Directora de Gestión y Desempeño Institucional

Código: 7651139206

Módulos
Curso Virtual

Fundamentos Generales | Talento Humano | Direccionamiento estratégico | Gestión con valores para resultados | Evaluación de resultados | Información y comunicación | Gestión del conocimiento | Control interno

mipg modelo integrado de planeación y gestión