SENA - CFP 479529
Radicacion Recibida
No:47-1-2020-001170
26/02/2020 10:23:36
Destinatario: 479529

Santa Marta DTCH, 25 de febrero de 2020

Doctor
EDUARDO JUNIOR ROBLES PANETTA
Subdirector Sena Regional Magdalena Santa Marta

ASUNTO: TRAMITE DE CUENTA

Cordial saludo,

Me permito remitir informe de ejecución que contiene la Planilla que genera la plataforma SI Contratistas, las evidencias y el soporte de pago seguridad social correspondiente al contrato No. CO1.PCCNTR.1335144 para el trámite de cuenta del mes de febrero 2020, para revisión y/o aprobación del supervisor William Salcedo Cuao.

LUIS MANUEL MOLINA CASTILLO
Dirección: Transv. 11 No. 33B-07 (Villa Ely)
Correo: luismamo_6@hotmail.com
CEL: 3002351885

Anexos: (6) Folios

Informe mensual, cuenta de cobro y soporte pago seguridad social. (6) folios

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL MAGDALENA
CENTRO DE LOGISTICA Y PROMOCION ECOTURISTICA DEL MAGDALENA - SER

Código Regional	47
Código Centro	952910
Fecha Elaboración	Febrero de 2020
Versión	ENERO 2020 - 1,20
ID de Proceso	63578-145586

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	LUIS MANUEL MOLINA CASTILLO				
Correo electrónico contratista:	lmmolina69@misena.edu.co	**C.C.**	12.552.596	**IP/N° de contacto**	53789
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta?**	NO	**Es Pensionado?**	NO
Sus ingresos en el 2019 Superaron $47.978.000	NO	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**	SI
Banco al cual consignar:	BANCO DE BOGOTA	**Tipo de cta**	AHORROS	**N° Cuenta**	439130287
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 2020 supera los $ 124.625.000**		NO	

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° del contrato:	1335144/2020		**N° Compromiso SIIF**	7720	
Valor Total del Contrato	$ 26.531.050	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**		**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 26.531.050	1	**Del** 03/02/2020	**Al** 29/02/2020	**$ 3.790.150,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 22.740.900		Comisiones	$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.790.150	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	**$ 3.790.150**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.234.201**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**		**$ 0**

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

	Febrero	Enero
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	-------	2325146638
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.516.060	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 189.600	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 242.600	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL	$ 8.000	$ 0
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 $ 3.560.700	$ -	
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 $ 1.139.424	$ 379.015	
Salud hasta $ 569.712	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 744.734	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.234.201,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.357.950,00	
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 - 8299	23.506,00	0,700%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Pro-Hospital	75.803,00	2,000%
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	**$ 3.690.841,00**	

SON: TRES MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y UN PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Elaboración de plan de trabajo, Guías de aprendizaje y matrices.
Acciones realizadas para llenar matriz de planeación pedagógica del diseño.
Talleres prácticos de entorno laboral, aprendizaje basados en problemas, uso de tv, computadores.
Registro de inasistencias en la plataforma Sofía Plus, para Impartir formación en la ficha de apoyo administrativo en salud Sede Cienaga
Registro de juicios evaluativos en la plataforma Sofía Plus, para Impartir formación en la ficha 2065009 de Apoyo Administrativo
Manejo de plataformas Secop II, Sofia Plus y SI contratista.
Realizacion del portafolio del instructor.
Reunion de alistamiento con el supervisor del contrato y presentación del informe mensual y cuenta de cobro
Pago de Seguridad social por el mes de febrero, Soi planilla Asistida No. 2325146638

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.

LUIS MANUEL MOLINA CASTILLO
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 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,

WILLIAM DE JESUS SALCEDO CUAO
INSTRUCTOR G16

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

EDUARDO JUNIOR ROBLES PANETTA
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

FORMATO INFORME MENSUAL EJECUCIÓN CONTRACTUAL

Santa Marta, 25 de febrero de 2020

Señor
WILLIAM SALCEDO CUAO
SUPERVISOR(A) CONTRATO No. CO1.PCCNTR. 1335144
Coordinador Academico
Centro de Logistica Y promoción Ecoturistica del Magdalena
Santa Marta

Asunto: Informe mensual de ejecución contractual periodo febrero del año 2020

Referencia: No CO1.PCCNTR.1335144 del año 2020

Luis Manuel Molina Castillo, identificado con la cédula de ciudadanía No. 12.552.596 de Santa Marta, en mi calidad de Contratista del SENA, en el Centro de Logistica Y promoción Ecoturistica del Magdalena, en cumplimiento del Contrato de Prestación de Servicios de la referencia, a continuación presento el Informe de actividades realizadas en el periodo de febrero.

Valor y forma de Pago: El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA, se compromete a pagar el valor del contrato subordinado a las apropiaciones que del mismo se hagan del presupuesto de la siguiente manera:

Se fija como valor total para el contrato la suma de VEINTISEIS MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y UN MIL CINCUENTA PESOS M/CTE ($26.531.050). Esta suma será pagada por el SENA al contratista de la siguiente manera: a) Siete (7) pagos iguales por los meses de febrero a Agosto de 2020, por valor de TRES MILLONES SETECIENTOS NOVENTA MIL CIENTO CINCUENTA PESOS M/CTE ($3.790.150) cada uno.

Plazo: Será hasta el 2 de septiembre de 2020.

OBJETO:
Prestar los servicios personales de carácter temporal, como instructor para impartir formación profesional integral en los Programas de Formación Titulada, Complementaria Presencial y/o Complementaria Virtual del Centro de Logística y Promoción Ecoturística Regional Magdalena, en la especialidad de SALUD PUBLICA.

www.sena.edu.co
SENAComunica

No	Obligaciones	Acciones realizadas	Evidencias
1.	Orientar la formación de aprendices en el área, en las competencias, los resultados de aprendizaje y las actividades de los proyectos de formación programados, dentro de los tiempos que, para cada acción, se determine por parte del centro de formación.	Impartir formación en TECNICO APOYO ADMINISTRATIVO EN SALUD Ficha 2065009 SENA sede Ciénaga COMPETENCIA: "Orientar a la personas según el servicio solicitado de acuerdo con portafolio de servicio institucional y normativa en externos necesidades identificadas delegación RESULTADO DE APRENDIZAJE: 1) Identificar las necesidades y expectativas de las personas correlacionadas con normatividad vigente y directrices institucionales. 2) Aplicar principios éticos y legales en la orientación y atención de las personas, de acuerdo con sus requerimientos, políticas 3) Establecer comunicación asertiva en la prestación del servicio, teniendo en cuenta necesidades, derechos y deberes de las personas 4) Implementar acciones de mejoras para aumentar los niveles de satisfacción de la persona de acuerdo a protocolo institucional.	Sofía Plus, ambiente de aprendizaje sede Ciénaga.
2.	Planear y ejecutar el desarrollo curricular del programa (s) que se le asignen durante la ejecución de su contrato (Proyecto de formación, Planeación pedagógica y los recursos didácticos que incluyen guía de aprendizaje, material de apoyo a la formación e instrumentos de evaluación).	Elaboración de plan de trabajo, Guías de aprendizaje y matrices. Acciones realizadas para llenar matriz de planeación pedagógica del diseño .	Sofía, Formato Excel, Guías de aprendizaje.

3.	Identificar los aprendizajes previos, estilos y ritmos de aprendizaje del aprendiz que ingresa al proceso formativo, de acuerdo con los lineamientos institucionales.	Talleres prácticos de entorno laboral, aprendizaje basados en problemas, uso de tv, computadores.	Ambiente de aprendizaje sede Cienaga.
6.	Llevar control de las inasistencias de los aprendices a la formación, registrar en el aplicativo institucional las inasistencias y reportar a la coordinación académica las novedades para aplicación del reglamento del aprendiz.	Registro de inasistencias en la plataforma Sofía Plus, para Impartir formación en la ficha de apoyo administrativo en salud sede cienaga.	Listado de Aprendices, Sofia Plus.
8.	Emitir los juicios de evaluación con base en la valoración de las evidencias de aprendizaje y registrarlas en los aplicativos institucionales (administrativo y académico), máximo tres (3) días después de alcanzado el resultado de aprendizaje	Registro de juicios evaluativos en la plataforma Sofía Plus, para Impartir formación en la ficha 2025530 de Apoyo Administrativo en Salud sede cienaga.	Sofia Plus.
9.	Usar y gestionar las diferentes plataformas tecnológicas institucionales de apoyo académico y administrativo relacionado con su rol, actualizando y registrando de manera veraz y oportuna cada una de las acciones que integran el proceso formativo.	Manejo de la plataforma Sofia Plus	Sofia Plus
13.	Presentar el reporte de eventos en SOFIA PLUS (Programación con visto bueno del coordinador académico o misional) en los días establecidos por el centro, al supervisor correspondiente y los demás soportes requeridos para la legalización del pago	Presentar oportunamente la cuenta de cobro Soporte ACH Soi No. 2325146638	Planilla ACH Soi y cuenta de cobro
14.	Llevar y mantener actualizado el portafolio de evidencias del instructor según lo indica la guía para desarrollar procesos formativos.	Realizacion del portafolio del instructor.	Digital y en Plataforma Institucional Sofia Plus.
26.	Atender oportunamente los requerimientos que haga el supervisor del contrato y presentar informes mensuales de la ejecución del contrato.	Reunion de alistamiento con el supervisor del contrato y presentación del informe mensual y cuenta de cobro.	Presentación Cuenta de cobro e informe contractual.

A continuación relaciono los desplazamientos que realicé previo a la presentación de este informe. Una vez finalizado cada desplazamiento presenté al ordenador del gasto el informe en el Formato Informe

Legalización Desplazamiento Contratista GTH-F-087, en el que se describieron las actividades desarrolladas y los resultados de cada desplazamiento. Cada informe cuenta con el visto bueno del Supervisor.
Se lista a continuación el soporte de la legalización de los desplazamientos realizados, los cuales forman parte integral del presente informe 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 del 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 y el No. de la planilla 2325146638, expedida por ACH soi, correspondiente al mes de enero de 2020. (Decreto Ley 2106 de 2019 – " *Decreto Ley Antitrámites*")
Evidencias en ( ) folios

Cordialmente,

Luis Manuel Molina Castillo
C.C. No. 12.552.596

Recibí a satisfacción:

William Salcedo Cuao
Supervisor Contrato CO1.PCCNTR. 1335144 de 2020
Coordinador Académico

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Banco de Occidente

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:		12552696
NOMBRE ó RAZÓN SOCIAL:			LUIS MANUEL MOLINA CASTILLO ..
CIUDAD/MUNICIPIO:	SANTA MARTA DEPARTAMENTO:		MAGDALENA
DIRECCIÓN:	MZ D CSA 8 TELÉFONO:		7777777
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE:		I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA:		Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	2325146638	TIPO DE PLANILLA:					I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	enero AÑO	2020	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	enero AÑO	2020
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2020/02/24	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			02234184

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 140.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 140.500	$ 0	$ 140.500
SUBTOTALES:										$ 140.500	$ 0	$ 140.500

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACION	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 109.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 109.800	$ 0	$ 0	$ 109.800
SUBTOTALES:													$ 109.800	$ 0	$ 0	$ 109.800

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 21.400	$ 21.400	$ 0	$ 0	$ 21.400
SUBTOTALES:									$ 21.400	$ 0	$ 0	$ 21.400

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE								NOVEDADES																		SEGURIDAD SOCIAL																			PARAFISCALES						
																										PENSIÓN								SALUD						ARP						CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU	
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	SAL INTEGRAL	COLOMBIANO	EXTRANJERO	FORMA TRIBUTARIA	INS	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
	CC 12552696	MOLINA CASTILLO LUIS MANUEL	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 877.803				NO																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 877.803	$ 140.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 140.500	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 877.803	$ 109.800	$ 0	$ 109.800	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 877.803	12552696	$ 21.400	30	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 271.700

Hace constar:

Que el Sr(a) LUIS MANUEL MOLINA CASTILLO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 12552596 realizó el día 24/02/2020 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 LUIS MANUEL MOLINA CASTILLO Identificado(a) con cédula de ciudadanía 12552596 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