SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL CAUCA
CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS - CAUCA - SERVICIOS PRESTADOS A LA

Código Regional	19
Código Centro	930710
Fecha Elaboración	26 de marzo de 2020
Versión	FEBRERO 2020 - 2,20
ID de Proceso	09765-410061

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	MARÍA ISABEL ALEGRIA CERON	C.C.	34.543.032	IP/Nº de contacto	10263
Correo electrónico contratista:	malegriac@sena.edu.co				
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	Es declarante de renta?	SI	Es Pensionado?	NO
Sus ingresos en el 2019 Superaron $47.978.000	NO	Inducción SST	SI	Presta Servicios Excluidos de IVA ?	NO
Banco al cual consignar:	DAVIVIENDA	Tipo de cta	AHORROS	Nº Cuenta	196070316589
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 $ 117.503.000			NO

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato:	1378535/2020			Nº Compromiso SIIF	21120	
Valor Total del Contrato	$ 25.283.333	N ° Pago	Periodo objeto de pago			Valor Bruto Pago
Saldo Anterior del Contrato	$ 22.816.667	2	Del	01/03/2020	Al 31/03/2020	$ 3.700.000,00
Nuevo Saldo del Contrato	$ 19.116.667		Comisiones		$ 152.000,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.700.000	Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 152.000	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	$ 3.852.000	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	$ 2.572.650	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	$ 0

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

	Marzo	Febrero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		4327399606
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.480.000	$ 986.666
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 185.000	$ 123.400
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 236.800	$ 157.900
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensiona	$ -	$ 0
ARL	$ 7.800	$ 5.200
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	$ -	
Salud hasta $ 569.712	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 857.550	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.572.650,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.430.200,00	
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 - 300	6.860,00	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%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$ 3.693.140,00**	

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

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Orientar procesos de FPI en los siguientes programas:
Tec. Apoyo administrativo en Salud 1904273 Competencia: Promover 6 horas
Tec. Apoyo administrativo en Salud 1904273 Competencia: Facturar 18 horas
Tec. Apoyo administrativo 1966703 Competencia: Promover 18 horas
Teg. Gestión de Procesos administrativos En Salud 1906379 Competencia: Promover 20 horas
Tec en Peluquería 2024505 Competencia: Promover 10 horas
Tec en Peluquería 2024505 Competencia: Mantener la zona de trabajo 20 h0ras
Teg. Gestión de Mercados 2024487 Competencia: Promover 18 horas
Teg. Guianza Turistica 1803966 Competencia: Promover 7 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.

MARÍA ISABEL ALEGRIA CERON
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,

HAROL ARMANDO ROSERO SALAZAR
COORDINADOR ACADÉMICO

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

FERNANDO ALFONSO ESCOBAR QUIRA
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

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

REGIONAL CAUCA

CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS - CAUCA - SERVICIOS PRESTADOS A LA

Código Regional	19
Código Centro	930710
Fecha Elaboración	26 de marzo de 2020
Versión	FEBRERO 2020 - 2,20
ID de Proceso	09765-410061

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	MARÍA ISABEL ALEGRIA CERON	C.C.	34.543.032	IP/Nº de contacto	10263
Correo electrónico contratista:	malegriac@sena.edu.co				
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	Es declarante de renta?	SI	Es Pensionado?	NO
Sus ingresos en el 2019 Superaron $47.978.000	NO	Inducción SST	SI	Presta Servicios Excluidos de IVA ?	NO
Banco al cual consignar:	DAVIVIENDA	Tipo de cta	AHORROS	Nº Cuenta	196070316589
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 $ 117.503.000			NO

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato:	1378535/2020			Nº Compromiso SIIF	21120	
Valor Total del Contrato	$ 25.283.333	N ° Pago	Periodo objeto de pago			Valor Bruto Pago
Saldo Anterior del Contrato	$ 22.816.667	2	Del	01/03/2020	Al 31/03/2020	$ 3.700.000,00
Nuevo Saldo del Contrato	$ 19.116.667		Comisiones		$ 152.000,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.700.000	Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 152.000	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 3.852.000**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.572.650**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Marzo	Febrero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		4327399606
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.480.000	$ 986.666
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 185.000	$ 123.400
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 236.800	$ 157.900
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL	$ 7.800	$ 5.200
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	$ -	
Salud hasta $ 569.712	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 857.550	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.572.650,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.430.200,00	
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 - 300	6.860,00	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%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$ 3.693.140,00**	

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

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Orientar procesos de FPI en los siguientes programas:
Tec. Apoyo administrativo en Salud 1904273 Competencia: Promover 6 horas
Tec. Apoyo administrativo en Salud 1904273 Competencia: Facturar 18 horas
Tec. Apoyo administrativo 1966703 Competencia: Promover 18 horas
Teg. Gestión de Procesos administrativos En Salud 1906379 Competencia: Promover 20 horas
Tec en Peluquería 2024505 Competencia: Promover 10 horas
Tec en Peluquería 2024505 Competencia: Mantener la zona de trabajo 20 h0ras
Teg. Gestión de Mercados 2024487 Competencia: Promover 18 horas
Teg. Guianza Turistica 1803966 Competencia: Promover 7 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.

MARÍA ISABEL ALEGRIA CERON
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,

HAROL ARMANDO ROSERO SALAZAR
COORDINADOR ACADÉMICO

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

FERNANDO ALFONSO ESCOBAR QUIRA
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	34543032
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MARIA ISABEL ALEGRIA CERON
CIUDAD/MUNICIPIO:	POPAYAN	DEPARTAMENTO:	CAUCA
DIRECCIÓN:	CL 53N 13 72 IN 5	TELÉFONO:	8366214
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otros trabajos de edición.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**4327399606**		TIPO DE PLANILLA:		N-CORRECCIONES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS:	MES:	febrero	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES:	febrero
	AÑO:	2020		AÑO:	2020
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2020/03/04	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9999258824
NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:		4325562216	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:		2020/02/21

LIQUIDACIÓN GENERAL

				TOTALES	
				COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN					
			ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO		NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES		1	$ 78.900
			SUBTOTAL:	1	**$ 78.900**
SALUD					
			ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO		NOMBRE		
900156264	EPS037	EPS037-NUEVA EPS		1	$ 61.600
			SUBTOTAL:	1	**$ 61.600**
RIESGOS PROFESIONALES					
			ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO		NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.		1	$ 5.100
			SUBTOTAL:	1	**$ 5.100**

TOTAL PAGADO:	**$ 145.600**

EMPRESA: EFECTIVO LTDA.
NIT.830.131.893-1
Calle 96 No. 12-55 Bogota

ORDEN DE SERVICIO

No OS: 8041394603 DV: 020092

Cajero: LEDAMOFA

Cliente beneficiario:
110263 PILA RECAUDO

Fecha: 04/03/2020 16:05:20

PS Recaudador:
993720 CENTRO EXITO 1

Cantidad cupones: 1

Identificacion: 34543032

Nombre: MARIA ISABEL
Apellido 1: ALEGRIA
Apellido 2: CEBAN
TIPO DOCUMENTO: CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO: 8387090
Codigo Planilla: 4327399606
Periodo Pago: 2020702
Valor Comision: 0
Valor Iva Comision: 0

Referencia	Valor
34543032	$145.600.00

Valor recibido: $145.600.00
Forma de pago: EFECTIVO

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Con la solicitud y aceptacion de mi parte, de la prestacion de este servicio, entiendase que manifiesto verbalmente mi autorizacion para el tratamiento de los datos personales que voluntariamente he entregado a Efectivo Ltda., Estos datos pueden ser utilizados unica y exclusivamente para la prestacion del servicio convenido.
Linea de servicio al cliente: (1) 651010
servicioalcliente@efecty.com.co
www.efecty.com.co

Fiel copia del original
Mª Isabel Alegria C
34543032
cel 3154630284

FORMATO INFORME LEGALIZACIONDESPLAZAMIENTO- CONTRATISTA

CIUDAD Y FECHA Popayán, 19 de marzo de 2020

PRESENTADO A: FERNANDO ALFONSO ESCOBAR QUIRA
SUBDIRECTOR (E) CENTRO COMERCIO Y SERVICIOS

ORDEN DE VIAJE No:153	**FECHA DE INICIO**	**FECHA DE TERMINACION**
	09/03/2020	17/03/20202
LUGAR A DONDE REALIZÓ EL DESPLAZAMIENTO	**REGIONAL / CENTRO DE FORMACION**	**OTRA : (ciudad)**
	COLEGIO NUEVA VISIÓN LA CASONA	BUENOS AIRES - HONDURAS SANTANDER DE QUILICHAO

OBJETIVO DEL DESPLAZAMIENTO:
Impartir formación en los programas: Asistencia administrativa en el Municipio de BUENOS AIRES – VEREDA HONDURAS. Ficha: 1966703. Apoyo Administrativo en salud en el Municipio de SANTANDER DE QUILICHAO. Ficha: 2027680.

ACTIVIDADES DESARROLLADAS:

1. Formación sobre la Competencia: PROMOVER, Generar hábitos Saludables en el área de trabajo para evitar El Accidente de Trabajo y Enfermedad Laboral.
2. Desarrollo y socialización de talleres sobre los temas tratados en formación.

RESULTADOS:

1. Nivelación de conocimientos básicos sobre Generar Hábitos saludables en el área de trabajo
2. Conocimientos sobre la normatividad relacionada con Seguridad y Salud en el Trabajo

EVIDENCIAS O SOPORTES: Enuncie los archivos que soportan estos resultados y anexe lo correspondiente en este Informe

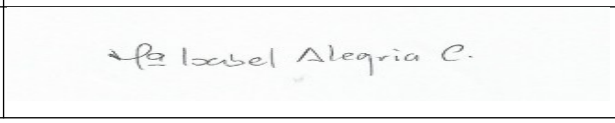
1. Evidencias fotográficas
2. Listado de asistencia

COMPROMISOS

ACTIVIDAD	**RESPONSABLE**	**FECHA**
Exposiciones, talleres	Aprendices	30/03/2020

CONCLUSIÓNES: Se impartió la formación sin ninguna novedad.

DATOS DEL CONTRATISTA

NOMBRE Y APELLIDO	**FIRMA**
MARÍA ISABEL ALEGRÍA CERÓN	

VISTO BUENO SUPERVISOR

CARGO DEL SUPERVISOR	**NOMBRE Y APELLIDO SUPERVISOR**	**FIRMA**
Coordinador académico	**HAROLD ARMANDO ROSERO SALAZAR**	

ASISTENCIA ADMINISTRATIVA – FICHA 1966703 - BUENOS AIRES – HONDURAS







