SENA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL SANTANDER
DESPACHO REGIONAL-EMPRENDIMIENTO

Código Regional	68
Código Centro	101068
Fecha Elaboración	Abril de 2020
Versión	MARZO 2020 - 3,20
ID de Proceso	99536-172717

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	ROSIBEL CHACON TIRADO	**C.C.**	63.435.027	**IP/Nº de contacto**	73019
Correo electrónico contratista:	ro.uster1@hotmail.com				
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Pertenece al régimen simple de tributación?**	NO	**Es declarante de renta?**	SI	**Es Pensionado?**	NO
Sus Ingresos en el 2019 Superaron $47.978.000	SI	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**	NO		
Banco al cual consignar:	BANCO DE BOGOTA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**	849012091		
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:	1327420/2020		**Nº Compromiso SIIF**	*19520*	
Valor Total del Contrato	$ 44.373.333	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**		**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 41.600.013	2	Del 01/03/2020	Al 31/03/2020	$ 4.160.000,00
Nuevo Saldo del Contrato	$ 37.440.013		Comisiones	$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.160.000		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	**$ 4.160.000**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.764.275**		**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		41336476
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.664.000	$ 1.109.328
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 208.000	$ 138.700
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 266.300	$ 177.500
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL	$ 8.700	$ 5.800
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	$ 921.425	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.764.275,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.685.700,00	
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	0,00	0,600%
-	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	**$ 4.160.000,00**	

SON: CUATRO MILLONES CIENTO SESENTA MIL PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

1. Fomento de la cultura del emprendimiento sensibilizando 44 aprendices
2. Elaboración de plan de acción para el desarrollo de actividades del año para el cumplimiento de la meta.
3. Asesoría y acompañamiento para la creación de Empresa TEXVINYL SAS
4. Asesorar y orientar en el Fortalecimiento a la Empresa Claudia Gomez Valencia - de la ARN (Jose Manuel Perez)
5. Identificación de emprendedores para el desarrollo del programa de la unidad de emprendimiento.
6. Atención a emprendedores interesados en el programa
7. Participación en reunión con FUNDESAN para recursos de otras fuentes de financiaciòn

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.

ROSIBEL CHACON TIRADO
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,

DOLLY MAYERLY VALENZUELA SUAREZ
PROFESIONAL G06

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

PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

FORMATO INFORME MENSUAL EJECUCIÓN CONTRACTUAL

Bucaramanga Marzo 18 de 2020

Señora
DOLLY MAYERLY VALENZUELA SUAREZ
SUPERVISORA CONTRATO No. CO1PPCNTR 1327420
Coordinador de Formacion Profesional Integral
Regional de Santander
Bucaramanga

Asunto: Informe mensual de ejecución contractual Marzo del 2020

Referencia: No contrato CO1PCCNTR1327420 de 2020

Yo Rosibel Chacon Tirado, identificado con la cédula de ciudadanía No. 63435027 de Velez, en mi calidad de Contratista del SENA, en Emprendimiento, 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 CUARENTA Y CUATRO MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS 00/100 M.N. ($44.373.333) incluido IVA de conformidad con el régimen tributario a que pertenezca el futuro contratista). Esta suma será pagado por el SENA al contratista de la siguiente manera: a) un primer pago proporcional por los días ejecutados durante el mes de febrero de 2020 b) pagos iguales por los meses de marzo a diciembre de 2020, por valor de CUATRO MILLONES CIENTO SESENTA MIL PESOS 00/100 M.N. ($4.160.000) Incluido Iva.

Plazo: Será hasta el 30 de Diciembre de 2020

OBJETO:
Prestar servicios profesionales de apoyo a los usuarios de los Centros de Desarrollo Empresarial, de acuerdo a los lineamientos de la Coordinacion Nacional de Emprendimieto y a lo determinado por el Lider Regional de Red SENA-SBDC, asi como en el cumplimiento de las metas e indicadores asignados.

CLÁUSULA CUARTA:

No	Obligaciones	Acciones realizadas	Evidencias
1	Sensibilizacion a 44 aprendices del CIMI	Lista de asistencia	Planilla
2	Cumplimiento de metas para los programas de emprendimiento, según los lineamientos estratégicos de planeación Nacional y el Centro de desarrollo Empresarial	Elaboracion del plan de acción para el cumplimiento de meta,	Plan de Accion
3	Asesoria y orientación para la creación de Empresa	Se acompaño al cliente para la creación de Emprea Texvinyl	Camara de comercio y formatos

4	Asesorar clientes del centro de desarrollo Empresarial SENA que lo rquieran en sus procesos de Fortalecimiento Empresarial	Orientaciòn a Empresa de ARN a Clauda Gomez ValenciJose Manuel Perez de la ARN	Camara de comercio
5	Identificaciòn de emprendedores para el desarrollo del programa	Busqueda de emprendedores interesados en el programa de la Unidad de Emprendimiento	
6	Atenciòn a emprendedoreires interesados en el programa	Presentacion de los programas de unidad de emprendimiento	
7	Identificar las fuentes de financiación y promover su uso	Reuniòn con Fundesan, para conocer los planes de financiamiento para presentara a emprendedores que requieran financiación.	Acta

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, 41336476 mi planilla del mes de Febrero de 2020. (Decreto Ley 2106 de 2019 – *" Decreto Ley Antitrámites"*)
Evidencias en (3) folios

Cordialmente,

Rosibel Chacon Tirado
Contratista
C.C. No. 63435027

Recibí a satisfacción:

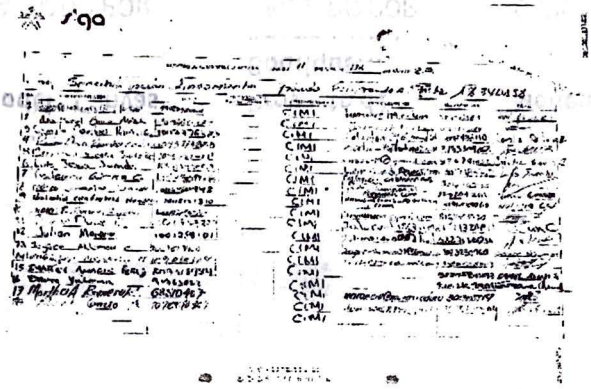
DOLLY MAYERLY VALENZUELA SUAREZ
SUPERVISORA CONTRATO No. PPCNTR1327420
Coordinador de Formacion Profesional Integral
Regional de Santander
Bucaramanga

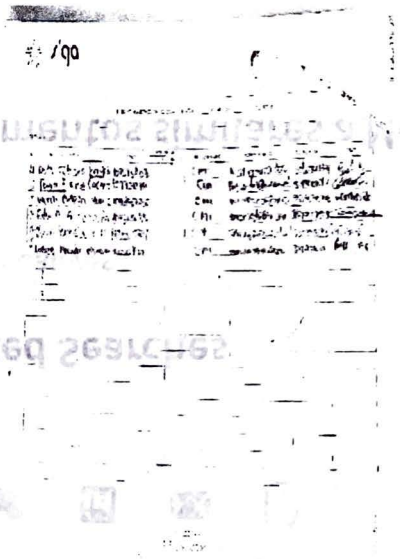
EVIDENCIAS DOCUMENTALES PERIODO DEL 01 DE MARZO AL 31 DE MARZO DE 2020

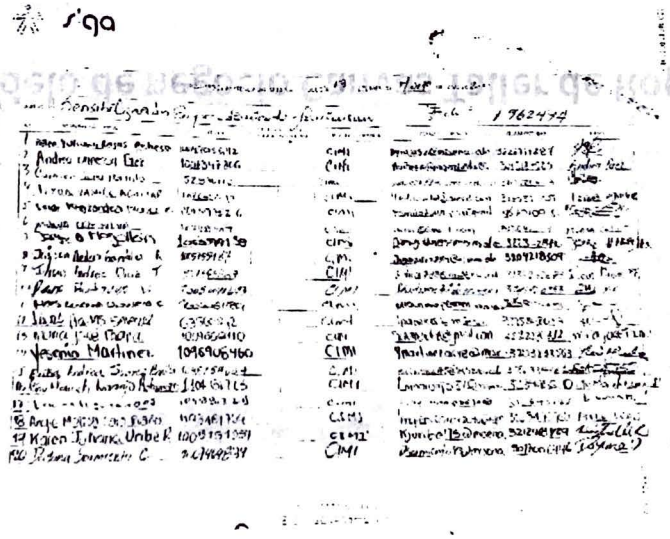
1. **Actividades de Sensibilización**
2. **Reuniones con Emprendedores para creación y fortalecimiento**

1.









CÓDIGO DE VERIFICACIÓN: CY7 0FBCJV

LA PERSONA O ENTIDAD A LA QUE USTED LE VA A ENTREGAR ESTE CERTIFICADO PUEDE VERIFICAR EL CONTENIDO Y CONFIABILIDAD. INGRESANDO A WWW.CAMARADEBUCARAMANGA.COM OPCIÓN CERTIFICADOS ELECTRONICOS Y DIGITANDO EL CÓDIGO DE VERIFICACIÓN QUE APARECE EN EL ENCABEZADO. ESTE CERTIFICADO, QUE PODRA SER VALIDADO POR UNA SOLA VEZ, CORRESPONDE A LA IMAGEN Y CONTENIDO DEL CERTIFICADO CREADO EL 09/04/2018 QUE SE GENERÓ EN LAS VENTANILLAS O A TRAVÉS DE LA PLATAFORMA VIRTUAL DE LA CÁMARA.

CERTIFICADO DE MATRICULA MERCANTIL DE:
GOMEZ VALENCIA CLAUDIA

ESTADO MATRICULA: ACTIVO

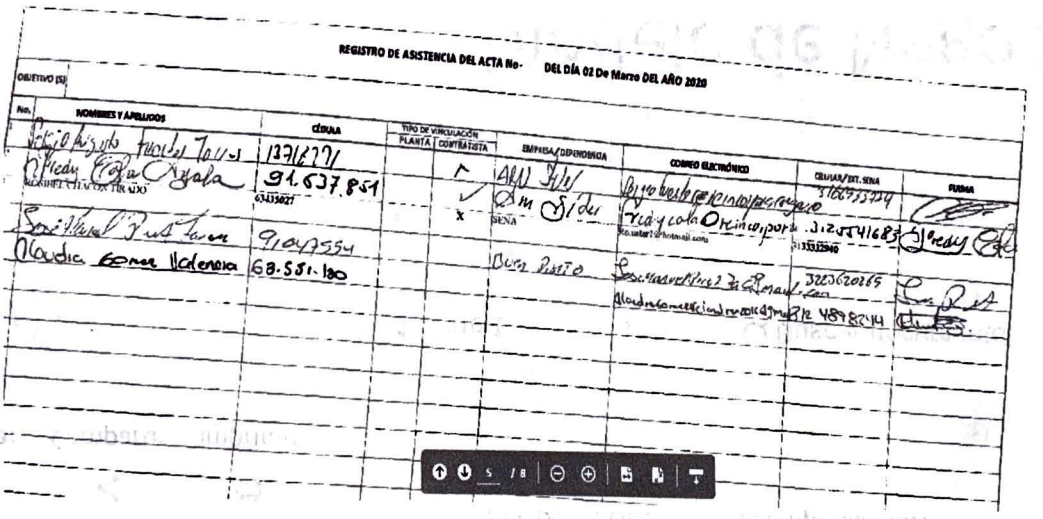
EL SECRETARIO DE LA CAMARA DE COMERCIO DE BUCARAMANGA, CON FUNDAMENTO EN LAS MATRICULAS E INSCRIPCIONES DEL REGISTRO MERCANTIL

C E R T I F I C A

MATRICULA: 05-401118-01 DEL 2018/04/09
NOMBRE: GOMEZ VALENCIA CLAUDIA
CEDULA DE CIUDADANIA : 63551130
NIT: 63551130-2

DIRECCION COMERCIAL: CL 46 2 32 B 28 BRR BELLAVISTA

AP



REGISTRO DE ASISTENCIA DEL ACTA No- DEL DÍA 02 De Marzo DEL AÑO 2020

OBJETIVO (S):

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA	TIPO DE VINCULACIÓN: PLANTA	TIPO DE VINCULACIÓN: CONTRATISTA	EMPRESA/DEPENDENCIA	CORREO ELECTRÓNICO	CELULAR/EXT. SENA	FIRMA
1	Sergio Augusto Fuentes Tarazona	1376777		^	AMV Ltda			
2	Rosibel Chacón Tirado	91.537.851 63435027		✓	Cam Sider			
3	Sandra Ruth Tarazona	91047554		x	SENA			
4	Claudia Gomez Valencia	68.551.180			Cam Sider		3205620265	

IN

FIRMA
Rosibel Chacón Tirado
C.C. 63435027
CONTRATO No. CO1PPCNTR 1327420

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	63435027	ROSIBEL CHACON TIRADO	Carrera 8w 62-48 casa E19	6411200	ro.uster1@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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2020-02	2020-02	I	16/03/2020	41336476	$491.300	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	210.000	0		0		0	10	1.600	0	211.600	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	268.800	0	0	0	0	10	2.000	0	270.800	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	8.800				8.800	10	100	8.900			88	8.900	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	210.000	211.600
Pensión	1	268.800	270.800
Riesgos Laborales	1	8.800	8.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	487.600	491.300

PAGADA
41336476

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

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	63435027	ROSIBEL CHACON TIRADO		Carrera 8w 82-48 casa E19	6411200	ro.uster1@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: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2020-02	2020-02	I	16/03/2020	41336476	$491.300

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colilla	Subtipo	Extranjero	Colilla radicado	Reintegro	IBC	IBL	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	COTIZACIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	63435027	CHACON TIRADO ROSIBEL	59	0			N																231001	1.680.000	268.800	0	0	0	0	EPS005	1.680.000	210.000	14-11	1.680.000	1	8.900		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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