SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

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

REGIONAL DISTRITO CAPITAL

CENTRO PARA LA INDUSTRIA DE LA COMUNICACIÓN GRÁFICA- BTÁ D.C.

Código Regional	11
Código Centro	921710
Fecha Elaboración	Febrero de 2020
Versión	ENERO 2020 - 1,20

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: / Correo electrónico contratista:	PAOLA URIBE JENNY jennypaolauribe1810@gmail.com	C.C.	1.022.955.080	IP/N° de contacto	0
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 ?	NO
Banco al cual consignar:	BANCO DE BOGOTA	Tipo de cta	AHORROS	N° Cuenta	329156665
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:	1330527/2020			N° Compromiso SIIF	1720
Valor Total del Contrato	$ 15.000.000	N ° Pago	Periodo objeto de pago		Valor Bruto Pago
Saldo Anterior del Contrato	$ 15.000.000	1	Del 03/02/2020	Al 29/02/2020	$ 1.400.000,00
Nuevo Saldo del Contrato	$ 13.600.000		Comisiones	$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 1.400.000		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	$ 1.400.000		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	$ 757.275		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	----------	0
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 877.803	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 109.800	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 140.500	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL	$ 4.600	$ 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	$ 140.000	
Salud hasta $ 569.712	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 252.425	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	757.275,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	1.149.700,00	
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	11.106,00	0,966%
-	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	$ 1.388.894,00	

SON: UN MILLÓN TRESCIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y CUATRO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

A diario realice el préstamo de los elementos del área de audiovisuales a instructores y aprendices.
Realice la instalación de equipos que fueron requeridos por instructores en los distintos ambientes durante el mes.
Brinde asistencia técnica en el momento que fue requerido por los instructores.
Solicite junto con mi compañera de trabajo, material para adecuar aurdiovisuales
Junto con mi compañera de trabajo realice inventario de los elementos del área de audiovisulaes
Preste apoyo dministrativo en el área de audiovisuales
Realice los recorridos por diferentes ambientes verificando los equipos instalados
No aplica para el mes
Asisti a la reunión que la presidenta del área de COPASST
Realice informe de inventario para almacen
Realice las respectivas tareas asignadas por el supervisor
Realice la ejecución de mis obligaciones contraactuales conforme a los lineamientos del sistema integrado de gestión y autocontrol S
Mantengo la confidencialidad y absoluta reserva frente a la información que pueda adquirir dentro del centro del formación.
Siempre estoy atenta a cualquier llamado por parte de mi supervisor o subdirectora del centro.

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.

JENNY PAOLA URIBE.

PAOLA URIBE JENNY
EL CONTRATISTA

OK

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

EDDY MERCKX CAMACHO GUALDRON
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

NORMA CONSTANZA CASTELLANOS LOPEZ
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02 (E)

PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

FORMATO INFORME MENSUAL EJECUCIÓN CONTRACTUAL

Bogotá D.C febrero de 2020

Señor (a)
Eddy Merckx Camacho Gualdron
SUPERVISOR(A) CONTRATO No. CO1.PCCNTR.1330527
Cargo: Instructor Grado 14 Bogotá D.C.
Dependencia: Centro Para la Industria de la Comunicación Grafica
Ciudad: Bogotá D.C

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

Referencia: No CO1.PCCNTR.1330527 del año 2020

Jenny Paola Uribe, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1022955080 de Bogotá D.C, en mi calidad de Contratista del SENA, en Centro Para la Industria de la Comunicación Grafica, 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 asciende a la suma de QUINCE MILLONES DE PESOS M/CTE ($15.000.000), COP incluido IVA (de conformidad con el régimen tributario a que pertenezca el contratista).esta suma será pagada por el SENA al contratista de la siguiente manera: a)un primer pago por el mes de febrero de 2020 por valor de UN MILLON CUATROCIENTOS MIL PESOS ($1.400.000), b) nueve (9) pagos iguales por los meses de marzo a noviembre de 2020 por valor de UN MILLON QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE ($1.500.000) cada uno, c)un ultimo pago por el mes de diciembre de 2020 por valor de CIEN MIL PESOS M/CTE ($100.000)

Plazo: Será hasta el 2 de diciembre de 2020.

OBJETO:
Prestar servicios personales de carácter temporal como apoyo administrativo en el manejo de logística de ambientes de formación y equipos audiovisuales del centro para la industria de la comunicación gráfica del SENA.

CLÁUSULA CUARTA

No	Obligaciones	Acciones realizadas	Evidencias
1	Apoyar la planeación y ejecución del manejo de los equipos de comunicación del centro de formación.	A diario realice el préstamo de los elementos del área de audiovisuales a instructores y aprendices.	Formato excel préstamo de elementos equipo de audiovisuales.
2	Apoyar la organización de eventos en el centro de formación o fuera de ella que realicen las dependencias de la entidad.	Realice la instalación de equipos que fueron requeridos por instructores en los distintos ambientes durante el mes.	Horario programación ambientes. Instructores.
3	Brindar asistencia técnica en el diseño, producción y distribución de equipos de difusión de la entidad.	Brinde asistencia técnica en el momento que fue requerido por los instructores.	
4	Proponer la adquisición y actualización de los equipos y el material audiovisual que se requiera.	Solicite junto con mi compañera de trabajo, material para adecuar aurdiovisuales.	Correos enviados al área de almacen.
5	Controlar los inventarios de equipos audiovisuales del centro.	Junto con mi compañera de trabajo realice inventario de los elementos del área de audiovisulaes.	Formato inventario Excel , equipo de audiovisuales.
6	Prestar apoyo logístico a las actividades administrativas.	Preste apoyo dministrativo en el área de audiovisuales.	Archivos equipo de audiovisuales.
7	Hacer y coordinar el recorrido por los ambientes con el fin de revisar el estado de los mismos y los equipos instalados.	Realice los recorridos por diferentes ambientes verificando los equipos instalados.	
8	Apoyar técnicamente los procesos de contratación de centro, según se requiera.	No aplica para el mes	
9	Asistir a las reuniones y/o comités programados cuando sea requerido o asignado.	Asisti a la reunión que la presidenta del área de COPASST.	Registros fotográficos.
10	Entregar por escrito los informes que le soliciten de las actividades realizadas conforme con el objeto contractual.	Realice informe de inventario para almacen	Correos electronicos
11	Atender oportunamente los requerimientos que haga el supervisor.	Realice las respectivas tareas asignadas por el supervisor	Mensajes por medio telefónico, wathssap
12	Ejecutar de manera idónea el objeto del contrato conforme a los lineamientos del Sistema Integrado de Gestión y Autocontrol (SIGA) del SENA, el cual se encuentra documentado en la plataforma compromiso.	Realice la ejecución de mis obligaciones contraactuales conforme a los lineamientos del sistema integrado de gestión y autocontrol SIGA	

13	Mantener la debida reserva sobre los asuntos manejados y conocidos dentro de la ejecución del contrato.	Mantengo la confidencialidad y absoluta reserva frente a la información que pueda adquirir dentro del centro del formación.	
14	Realizar las demás actividades relacionadas con el objeto del contrato que le sean asignadas por el supervisor y/o el Subdirector del centro que corresponda a la naturaleza del contrato.	Siempre estoy atenta a cualquier llamado por parte de mi supervisor o subdirectora del centro.	

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.

JENNY PAOLA URIBE
C.C. No. 1022955080

Recibí a satisfacción:

Firma
Eddy Merckx Camacho Gualdron
Supervisor(a) Contrato CO1.PCCNTR.1330527 **de 2020**
Cargo: Instructor Grado 14 Bogotá D.C.

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Bogotá, 21 de febrero de 2020

Señores
SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Ciudad

Asunto: Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.

Bajo la gravedad del juramento, en mi calidad de empleado contribuyente y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el parágrafo cuarto del artículo segundo del Decreto 0099 de 2013, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

NUIP - NIP **T.I.**	**1033823016** **1022955593**	**IAN MATIAS CRUZ URIBE** **JUAN ESTEBAN RODRIGUEZ URIBE**	**HIJO** **HIJO**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad

Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad arriba citada.

Igualmente con mi firma declaro: que **NINGUNA PERSONA** ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

Cordialmente,

Jenny Paola URIBE
FIRMA 1022955080

Nombre: JENNY PAOLA URIBE
C.C.1022955080

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Adhesivo Copia Registro Civil
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL 22988669-2

58639404

NUIP 1.033.823.016

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 58639404

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [X] Notaria [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A 2 A

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE TUNJUELITO BOGOTA DC - COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BO

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
CRUZ	URIBE

Nombre(s): IAN MATIAS

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2018 Mes ABR Día 21	MASCULINO	A	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	14741190-3

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: URIBE JENNY PAOLA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.022.955.080	COLOMBIA

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: CRUZ CORDOBA DIEGO FERNANDO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 10.307.589	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: CRUZ CORDOBA DIEGO FERNANDO

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 10.307.589	DIEGO CRUZ CORDOBA

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de Inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2018 Mes MAY Día 21	CLARA MARCELA VARGAS ASCENCIO - R Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
DIEGO CRUZ CORDOBA Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

21.MAY.2018 - LIBRO DE VARIOS - TOMO 185 FOLIO 004 HENRY firma

46

- OFICINA DE REGISTRO LA OFICINA DE REGISTRO - 2 Dic 10:00

OFIXPRES ... 100238573

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.022.955.593

RODRIGUEZ URIBE

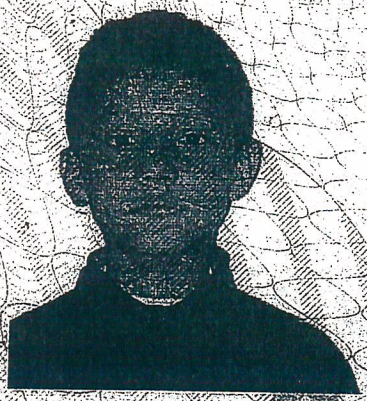
APELLIDOS

JUAN ESTEBAN

NOMBRES

Juan Esteban

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 18-OCT-2007

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

18-OCT-2025
FECHA DE VENCIMIENTO

O+ M
G.S. RH SEXO

14-ENE-2016 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-1500150-00784597-M-1022955593-20160128 0048090561A 1 1443749570

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) PAOLA URIBE JENNY Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1022955080 realizó el día 20/02/2020 la Capacitación Módulo 1 - Generalidades en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General - SENA

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas