Santa Marta DTCH, 25 de Febrero del 2020

SENA - CFP 479118
Radicacion Recibida
No:47-1-2020-001197
26/02/2020 02:44:16 P.M.
Destinatario: 479118

Doctor
Bichara José Zableh Hasbun
Subdirector (E) Centro Acuícola y Agroindustrial de Gaira
Sena Regional Magdalena
Santa Marta

Asunto: Trámite 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 N° **CO1.PCCNTR.** 1358789 de 2020 para el trámite de cuenta del mes de **febrero** para revisión y/o aprobación del supervisor Yair Tache Niebles.

NNELSY XIMENA JIMENEZ OVALLE
Cel. 3152014948
Carrera: Calle 7 No. 16 b 33 Obrero
ximeisanpty@gmail.com
Anexo: (25)

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL MAGDALENA
CENTRO ACUICOLA Y AGROINDUSTRIAL DE GAIRA-MAGDALENA - SERVICIOS

Código Regional	47
Código Centro	911810
Fecha Elaboración	Febrero de 2020
Versión	ENERO 2020 - 1,20
ID de Proceso	46490-569366

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: / Correo electrónico contratista:	NELSY XIMENA JIMENEZ OVALLE njimenezo@sena.edu.co	C.C.	36.727.755	IP/Nº de contacto	3152014948
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:	DAVIVIENDA	Tipo de cta	AHORROS	Nº Cuenta	570117370081293
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

Nº del contrato:	1358789/2020			Nº Compromiso SIIF	7520		
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	11/02/2020	Al	29/02/2020	$ 2.526.767,00
Nuevo Saldo del Contrato	$ 24.004.283		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.526.767	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	**$ 2.526.767**	Menos, Retefuente Otros Ingresos		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.489.418**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**		**$ 0**

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

	Febrero	Enero			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	---------	4323872773	Valor Base retención en la fuente	1.489.418,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.010.707	$ 0	Valor Base retención en la fuente ICA	2.238.567,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 126.400	$ 0	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 161.800	$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL II	$ 10.600	$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	$ -		Reteica - 8299	15.670,00	0,700%
Aportes voluntarios a cuentas AFC	$ -		-	0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias $7.128.000	$ -		-	0,00	
Intereses Prestamo de Vivienda $ 3.560.700	$ -		-	0,00	
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Pro-Hospital	50.535,00	2,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta $ 1.139.424	$ 252.677		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta $ 569.712	$ -				
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 496.473		Descuentos de Libranza	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	$ -		Descuentos de embargo (Si tiene)	700.000,00	
			VALOR A PAGAR	**$ 1.760.562,00**	

SON: UN MILLÓN SETECIENTOS SESENTA MIL QUINIENTOS SESENTA Y DOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

1. Impartir formación complementarias en:

- AUTOCUIDADO EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO EL BANCO – MAGDALENA.

- IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO FICHA No. 2064640

2. PAGO DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL PLANILLA No. 4323872773

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.

NELSY XIMENA JIMENEZ OVALLE
EL CONTRATISTA

CERTIFICACIÓN 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

YAIR ENRIQUE TACHE NIEBLES
INSTRUCTOR

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

BICHARA JOSE ZABLEH HASBUN
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 MAGDALENA

CENTRO ACUICOLA Y AGROINDUSTRIAL DE GAIRA-MAGDALENA - SERVICIOS

Código Regional	47
Código Centro	911810
Fecha Elaboración	Febrero de 2020
Versión	ENERO 2020 - 1,20
ID de Proceso	46490-569366

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	NELSY XIMENA JIMENEZ OVALLE	**C.C.**	36.727.755	**IP/Nº de contacto**	3152014948
Correo electrónico contratista:	njimenezo@sena.edu.co				
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:	DAVIVIENDA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**	570117370081293
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

Nº del contrato:	1358789/2020		**Nº Compromiso SIIF**	7520	
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** 11/02/2020	**Al** 29/02/2020	$ 2.526.767,00
Nuevo Saldo del Contrato	$ 24.004.283		Comisiones	$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.526.767		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	**$ 2.526.767**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.489.418**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Febrero	Enero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	---------	4323872773
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.010.707	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 126.400	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 161.800	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 10.600	$ 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	$ 252.677	
Salud hasta $ 569.712	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 496.473	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	1.489.418,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	2.238.567,00	
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	15.670,00	0,700%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Pro-Hospital	50.535,00	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)	700.000,00	
VALOR A PAGAR	**$ 1.760.562,00**	

SON: UN MILLÓN SETECIENTOS SESENTA MIL QUINIENTOS SESENTA Y DOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

1. Impartir formación complementarias en:

- AUTOCUIDADO EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO EL BANCO – MAGDALENA.

- IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO FICHA No. 2064640

2. PAGO DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL PLANILLA No. 4323872773

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.

NELSY XIMENA JIMENEZ OVALLE
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

YAIR ENRIQUE TACHE NIEBLES
INSTRUCTOR

26-2-20

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

BICHARA JOSE ZABLEH HASBUN
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 MAGDALENA
CENTRO ACUICOLA Y AGROINDUSTRIAL DE GAIRA-MAGDALENA - SERVICIOS

Código Regional	47
Código Centro	911810
Fecha Elaboración	Febrero de 2020
Versión	ENERO 2020 - 1,20
ID de Proceso	46490-569366

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: / Correo electrónico contratista:	NELSY XIMENA JIMENEZ OVALLE njimenezo@sena.edu.co	C.C.	36.727.755	IP/Nº de contacto	3152014948
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:	DAVIVIENDA	Tipo de cta	AHORROS	Nº Cuenta	570117370081293
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

Nº del contrato:	1358789/2020			Nº Compromiso SIIF	7520		
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	11/02/2020	Al	29/02/2020	$ 2.526.767,00
Nuevo Saldo del Contrato	$ 24.004.283		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.526.767	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	**$ 2.526.767**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.489.418**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Febrero	Enero
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	---------	4323872773
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.010.707	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 126.400	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 161.800	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL II	$ 10.600	$ 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	$ 252.677	
Salud hasta $ 569.712	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 496.473	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

		TARIFA
Valor Base retención en la fuente	1.489.418,00	
Valor Base retención en la fuente ICA	2.238.567,00	
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	15.670,00	0,700%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Pro-Hospital	50.535,00	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)	700.000,00	
VALOR A PAGAR	**$ 1.760.562,00**	

SON: UN MILLÓN SETECIENTOS SESENTA MIL QUINIENTOS SESENTA Y DOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

1. Impartir formación complementarias en:

- AUTOCUIDADO EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO EL BANCO – MAGDALENA.

- IMPLEMENTACION DEL SISTEMA DE GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO FICHA No. 2064640

2. PAGO DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL PLANILLA No. 4323872773

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.

NELSY XIMENA JIMENEZ OVALLE
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,

YAIR ENRIQUE TACHE NIEBLES
INSTRUCTOR

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

BICHARA JOSE ZABLEH HASBUN
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACION:	36727755
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			NELSY XIMENA JIMENEZ OVALLE
CIUDAD/MUNICIPIO:	SANTA MARTA	DEPARTAMENTO:	MAGDALENA
DIRECCIÓN:	CALLE 7 # 16 B 33	TELÉFONO:	4200000
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							
NUMERO PLANILLA:	4323872773	TIPO DE PLANILLA:					I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACION OTROS	MES	febrero	AÑO	2020	PERIODO COTIZACION SALUD:	MES	febrero	AÑO	2020
DIAS DE MORA:				0					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2020/02/10	NÚMERO AUTORIZACIÓN:							9998924608

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
230301	230301-PORVENIR	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		NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NUMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 109.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 109.800	$ 0	$ 0	$ 109.800
SUBTOTALES:													$ 109.800	$ 0	$ 0	$ 109.800

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																					SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES					
																														PENSIÓN								SALUD							ARP											
Nº	IDENTIFICACION	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BASICO	SAL INTEGRAL	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	ISC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 36727755	JIMENEZ OVALLE NELSY XIMENA	PDEPEND		$ 877.803			NO	01																	230301-PORVENIR	30	$ 877.803	$ 140.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 140.500	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 877.803	$ 109.800	$ 0	$ 109.800			$ 0		$ 0	$ 0	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 250.300

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	36727755
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			NELSY XIMENA JIMENEZ OVALLE
CIUDAD/MUNICIPIO:	SANTA MARTA	DEPARTAMENTO:	MAGDALENA
DIRECCIÓN:	CALLE 7 # 16 B 33	TELÉFONO:	4200000
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:	4325986245	TIPO DE PLANILLA:			N-CORRECCIONES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES febrero AÑO 2020	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	febrero	AÑO 2020
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2020/02/26	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			9999124845
NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	4323872773	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:			2020/02/10

TOTAL APORTES A PENSIÓN

CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
				EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 21.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 21.300	$ 0	$ 21.300
SUBTOTALES:										**$ 21.300**	**$ 0**	**$ 21.300**

TOTAL APORTES A SALUD

CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
			NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 16.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 16.600	$ 0	$ 0	$ 16.600
SUBTOTALES:													**$ 16.600**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 16.600**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																							SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																																PENSIÓN								SALUD							ARP													
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BASICO	SAL INTEGRAL	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 36727755	JIMENEZ OVALLE NELSY XIMENA	INDEPEND		$ 877.803				NO	01						A											230301-PORVENIR	30	$ 877.803	$ 140.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 140.500	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 877.803	$ 109.800	$ 0	$ 109.800			$ 0		$ 0		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	CC 36727755	JIMENEZ OVALLE NELSY XIMENA	INDEPEND		$ 877.803				NO	01						C		01-30									230301-PORVENIR	30	$ 1.011.000	$ 161.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 161.800	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.011.000	$ 126.400	$ 0	$ 126.400			$ 0		$ 0		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	CC 36727755	JIMENEZ OVALLE NELSY XIMENA	INDEPEND		$ 877.803				NO	01						R		01-30									230301-PORVENIR	0	$ 133.197	$ 21.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 21.300	EPS005-SANITAS S.A.	0	$ 133.197	$ 16.600	$ 0	$ 16.600			$ 0		$ 0		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 37.900

Planilla Pagada
Planilla Pagada

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	36727755
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			NELSY XIMENA JIMENEZ OVALLE
CIUDAD/MUNICIPIO:	SANTA MARTA	DEPARTAMENTO:	MAGDALENA
DIRECCIÓN:	CALLE 7 # 16 B 33	TELÉFONO:	4200000
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

NUMERO PLANILLA:	4323872773	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES				
PERIODO COTIZACION OTROS	MES	febrero AÑO	2020	PERIODO COTIZACION SALUD:	MES	febrero AÑO	2020
DÍAS DE MORA:	0						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2020/02/10	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9998924608				

TOTAL APORTES A PENSIÓN

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 140.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 140.500	$ 0	$ 140.500
SUBTOTALES:										$ 140.500	$ 0	$ 140.500

TOTAL APORTES A SALUD

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NUMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NUMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACION	LIQUIDACIÓN UPC	MORA COTIZACION	MORA UPC	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 109.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 109.800	$ 0	$ 0	$ 109.800
SUBTOTALES:													$ 109.800	$ 0	$ 0	$ 109.800

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

N°	DATOS DEL COTIZANTE IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BASICO	SAL INTEGRAL	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	NOVEDADES ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 36727755	JIMENEZ OVALLE NELSY XIMENA	INDEPEND		$ 877.803			NO	01																

SEGURIDAD SOCIAL																															
PENSIÓN									SALUD							ARP					PARAFISCALES										
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	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
230301-PORVENIR	30	$ 877.803	$ 140.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 140.500	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 877.803	$ 109.800	$ 0	$ 109.800			$ 0		$ 0		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 250.300

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	36727755
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			NELSY XIMENA JIMENEZ OVALLE
CIUDAD/MUNICIPIO:	SANTA MARTA	DEPARTAMENTO:	MAGDALENA
DIRECCIÓN:	CALLE 7 # 16 B 33	TELÉFONO:	4200000
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:	4325986245	TIPO DE PLANILLA:					N-CORRECCIONES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES febrero	AÑO 2020	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES febrero	AÑO		2020
DÍAS DE MORA:	0						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2020/02/26	NÚMERO AUTORIZACIÓN:					9999124845
NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	4323872773	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:					2020/02/10

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
230301	230301-PORVENIR	1	$ 21.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 21.300	$ 0	$ 21.300
SUBTOTALES:										**$ 21.300**	**$ 0**	**$ 21.300**

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	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 16.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 16.600	$ 0	$ 0	$ 16.600
SUBTOTALES:													**$ 16.600**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 16.600**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES					
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	SAL INTEGRAL	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN								SALUD								ARP						CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
																										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
1	CC 36727755	JIMENEZ OVALLE NELSY XIMENA	INDEPEND		$ 877.803			NO	01						A										230301-PORVENIR	30	$ 877.803	$ 140.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 140.500	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 877.803	$ 109.800	$ 0	$ 109.800			$ 0		$ 0	$ 0	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	CC 36727755	JIMENEZ OVALLE NELSY XIMENA	INDEPEND		$ 877.803			NO	01						C	01-30									230301-PORVENIR	30	$ 1.011.000	$ 161.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 161.800	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.011.000	$ 126.400	$ 0	$ 126.400			$ 0		$ 0	$ 0	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	CC 36727755	JIMENEZ OVALLE NELSY XIMENA	INDEPEND		$ 877.803			NO	01						R	01-30									230301-PORVENIR	0	$ 133.197	$ 21.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 21.300	EPS005-SANITAS S.A.	0	$ 133.197	$ 16.600	$ 0	$ 16.600			$ 0		$ 0	$ 0	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 37.900

Planilla Pagada
Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	36727755
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			NELSY XIMENA JIMENEZ OVALLE
CIUDAD/MUNICIPIO:	SANTA MARTA	DEPARTAMENTO:	MAGDALENA
DIRECCIÓN:	CALLE 7 # 16 B 33	TELÉFONO:	4200000
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:			4323872773	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	febrero	AÑO 2020	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES febrero AÑO	2020
DÍAS DE MORA:			0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2020/02/10	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9998924608

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
230301	230301-PORVENIR	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	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 109.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 109.800	$ 0	$ 0	$ 109.800
SUBTOTALES:													$ 109.800	$ 0	$ 0	$ 109.800

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	SAL INTEGRAL	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 36727755	JIMENEZ OVALLE NELSY XIMENA	INDEPEND		$ 877.803				NO	01																

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN / SALUD

Nº	PENSIÓN ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	SALUD ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE
1	230301-PORVENIR	30	$ 877.803	$ 140.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 140.500	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 877.803	$ 109.800	$ 0	$ 109.800

SEGURIDAD SOCIAL — ARP / PARAFISCALES

Nº	ARP ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1			$ 0		$ 0		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 250.300

IBC

1.010.707

Falta certificado SST.

Planilla Pagada

SOI

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	36727755
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			NELSY XIMENA JIMENEZ OVALLE
CIUDAD/MUNICIPIO:	SANTA MARTA	DEPARTAMENTO:	MAGDALENA
DIRECCIÓN:	CALLE 7 # 16 B 33	TELÉFONO:	4200000
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:	4325986245	TIPO DE PLANILLA:						N-CORRECCIONES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	febrero	AÑO	2020	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	febrero	AÑO	2020
DÍAS DE MORA:	0							
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2020/02/26	NÚMERO AUTORIZACIÓN:							9999124845
NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	4323872773	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:							2020/02/10

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
230301	230301-PORVENIR	1	$ 21.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 21.300	$ 0	$ 21.300
SUBTOTALES:										**$ 21.300**	**$ 0**	**$ 21.300**

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	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 16.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 16.600	$ 0	$ 0	$ 16.600
SUBTOTALES:													**$ 16.600**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 16.600**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE											NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																										PARAFISCALES						
																														PENSIÓN							SALUD							ARP																								
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	SAL. INTEGRAL	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 36727755	JIMENEZ OVALLE NELSY XIMENA	INDEPEND		$ 877.803			NO	01						A											230301-PORVENIR	30	$ 877.803	$ 140.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 140.500	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 877.803	$ 109.800	$ 0	$ 109.800			$ 0		$ 0	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	CC 36727755	JIMENEZ OVALLE NELSY XIMENA	INDEPEND		$ 877.803			NO	01						C		01-30									230301-PORVENIR	30	$ 1.011.000	$ 161.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 161.800	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.011.000	$ 126.400	$ 0	$ 126.400			$ 0		$ 0	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	CC 36727755	JIMENEZ OVALLE NELSY XIMENA	INDEPEND		$ 877.803			NO	01						R		01-30									230301-PORVENIR	0	$ 133.197	$ 21.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 21.300	EPS005-SANITAS S.A.	0	$ 133.197	$ 16.600	$ 0	$ 16.600			$ 0		$ 0	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 37.900

Planilla Pagada
ach SOI
Planilla Pagada

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

Verificada la base de datos del ramo ARL de la compañía, se identificó que NELSY XIMENA JIMENEZ OVALLE, con Cédula de Ciudadanía No. 36.727.755, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 11/02/2019 y fecha fin de contrato 11/12/2019 con riesgo 2 y a la fecha se encuentra AFILIADO.

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior en caso de tener un nuevo contrato deberá realizar una nueva afiliación, para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

Esta certificación se expide a los 03 días del mes de Julio de 2019.

Cordialmente

Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

Verificada la base de datos del ramo ARL de la compañía, se identificó que NELSY XIMENA JIMENEZ OVALLE, con Cédula de Ciudadanía No. 36.727.755, contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con NIT No. 899999034, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 11/02/2019 y fecha fin de contrato 11/12/2019 con riesgo 2 y a la fecha se encuentra AFILIADO.

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior en caso de tener un nuevo contrato deberá realizar una nueva afiliación, para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

Esta certificación se expide a los 03 días del mes de Julio de 2019.

Cordialmente

Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

SANTA MARTA, **07/02/2020**
MAGDALENA,
COLOMBIA,
SENA

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora NELSY XIMENA JIMENEZ OVALLE** con **Cédula de Ciudadanía** n#mero **36727755**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

N#mero	**0570117370081293**
Saldo a la fecha	**7,352.40 Pesos**
Fecha de apertura	**18/01/2019**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DIAN® Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14624248493

(415)7707212489984(8020) 000001462424849 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
3 6 7 2 7 7 5 5	4	Impuestos y Aduanas de Santa Marta 1 9	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	3 6 7 2 7 7 5 5	1 9 8 2 0 9 2 2

Lugar de expedición	28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA	1 6 9	Magdalena 4 7	Santa Marta 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
JIMENEZ	OVALLE	NELSY	XIMENA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:	37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Magdalena 4 7	Santa Marta 0 0 1

41. Dirección principal: CL 7 16 B 33 BRR BETHANIA

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
ximeisanpty@gmail.com		3 0 0 4 9 6 5 9 1 7	4 3 0 6 1 4 7

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1	2
8 5 2 3	2 0 1 7 0 3 2 9	7 1 1 0	2 0 1 7 0 3 2 9	7 0 2 0	

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos
2 1 4 5	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código:	5	4	9																							

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2 0 1 9 0 6 1 7

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA
985. Cargo:

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

FORMATO INFORME MENSUAL EJECUCIÓN CONTRACTUAL

Santa Marta, Febrero 2020

Señor (a)
YAIR ENRIQUE TACHE NIEBLES
SUPERVISOR(A) CONTRATO No. **CO1.PCCNTR.** 1358789
Coordinador Académico
Regional Magdalena. Centro Acuicola y Agroindustrial de Gaira
Santa Marta

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

Referencia: No **CO1.PCCNTR.** 1358789 del año 2020

Nelsy Ximena Jimenez Ovalle, identificado con la cédula de ciudadanía No. 36.727.755 de Santa Ana, Magdalena, en mi calidad de Contratista del SENA, en el Centro Acuicola y Agroindustrial de Gaira, en cumplimiento del Contrato de Prestación de Servicios No. **CO1.PCCNTR.** 1358789, a continuación presento el Informe de actividades realizadas en el mes de Febrero de 2020.

Valor y forma de Pago: El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA, Se fija como valor total para el contrato la suma de VEINTICUATRO MILONES SEISCIENTOS TREINTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS SETENTA Y CINCO PESOS M/CTE ($24.635.975). Esta suma será pagada por el SENA al contratista de la siguiente manera: a) Un primer pago correspondiente al periodo de Febrero de 2020 por valor DOS MILLONES QUINIENTOS VEINTISEIS MIL SETECIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS M/CTE ($2.526.767). b) seis pagos iguales por los meses de Marzo a Agosto de 2020, por valor de TRES MILLONES SETECIENTOS NOVENTA MIL CIENTO CINCUENTA PESOS M/CTE ($3790150) cada uno, c) Un último pago por valor de UN MILLON DOSCIENTOS SESENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y TRES PESOS M/CTE ($1.263.383)

Plazo: 7 meses hasta el diez (10) 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 Acuícola y Agroindustrial de Gaira del SENA Regional Magdalena, en la especialidad de SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

CLÁUSULA Obligaciones del contratista

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	Impartir formación complementaria en el programa Implementacion en seguridad y salud en el trabajo. Código ficha:	Control de actividades firmados por el coordinador académico, gestión de tiempo en

	de los tiempos que, para cada acción, se determine por parte del Centro de Formación.	2064640 actividades y alistamiento	sofiaplus
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 guias de aprendizaje	Proyectos publicados en Sofía Plus asignados a las fichas
3	Identificar los aprendizajes previos, estilos y ritmos de aprendizaje del aprendiz que ingresa al proceso formativo, de acuerdo con los lineamientos institucionales.	Realización de test de estilos de aprendizaje, evaluación de aprendizajes previos.	Evaluaciones realizadas.
4	Participar en el proceso de inducción de los aprendices.	Para el periodo contractual no he sido convocada para participar en estos temas	No ha sido requerido para este periodo
5	Realizar seguimiento a los aprendices en etapa productiva en su sitio de trabajo y seguimiento a la bitácora virtual del aprendiz cuando sea asignado.	No ha sido requerido para este periodo	No ha sido requerido para este periodo
6	Llevar control de la inasistencia de los aprendices a la formación, registrar en el aplicativo institucional las inasistencias y reportes a la coordinación académica las novedades para aplicación del reglamento del aprendiz.	Inasistencia registradas ficha: 2064640 REGISTRO DE ASISTENCIA EN SOFIA PLUS	Evidencias de Inasistencia registradas entregadas
7	Asociar los aprendices a la ruta de aprendizaje en el aplicativo institucional una vez el aspirante esté en estado matriculado y verificar con el reporte que todos aparezcan en formación.	Aprendices asociados a una ruta de aprendizaje	Aplicativo 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	Juicios de evaluación:Formación Complementaria implementación de sistemas de seguridad y salud en el trabajo Y autocuidado en seguridad y salud en el trabajo	Sin evidencias
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.	Acciones Realizadas	Evidencias en sofiaplus.
10	Participar en la formulación de proyectos de investigación aplicada, innovación pedagógica y desarrollo tecnológico de interés institucional SENNOVA.	El programa de formación impartido no participa en SENNOVA	SIN EVIDENCIA

11	Participar en los equipos, grupos, comités, proyectos y demás instancias institucionales que lo requieran.	No ha sido requerido para este periodo.	No ha sido requerido para este periodo.
12	Desplazarse a otras ciudades o municipios diferentes al domicilio contractual para el cumplimiento del contrato, en caso de que se requiera.	Desplazamiento permanente a municipios del sur del magdalena	Desplazamiento semanal al Banco Magdalena

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, 4323872773 operador **SOI** y periodo **Febrero 2020**. (Decreto Ley 2106 de 2019 – " *Decreto Ley Antitrámites*")

Evidencias en ( ) folios

Cordialmente,

Firma
NELSY XIMENA JIMENEZ OVALLE
Contratista
C.C. No. 36727755 de Santa Marta

Recibí a satisfacción:

Firma
YAIR ENRIQUE TACHE NIEBLES
Supervisor(a) Contrato CO1.PCCNTR. 1358789 **de 2020**
Coordinador Académico

PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

FORMATO INFORME MENSUAL EJECUCIÓN CONTRACTUAL

Santa Marta, Febrero 2020

Señor (a)
YAIR ENRIQUE TACHE NIEBLES
SUPERVISOR(A) CONTRATO No. **CO1.PCCNTR.** 1358789
Coordinador Académico
Regional Magdalena. Centro Acuicola y Agroindustrial de Gaira
Santa Marta

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

Referencia: No **CO1.PCCNTR.** 1358789 del año 2020

Nelsy Ximena Jimenez Ovalle, identificado con la cédula de ciudadanía No. 36.727.755 de Santa Ana, Magdalena, en mi calidad de Contratista del SENA, en el Centro Acuicola y Agroindustrial de Gaira, en cumplimiento del Contrato de Prestación de Servicios No. **CO1.PCCNTR.** 1358789, a continuación presento el Informe de actividades realizadas en el mes de Febrero de 2020.

Valor y forma de Pago: El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA, Se fija como valor total para el contrato la suma de VEINTICUATRO MILONES SEISCIENTOS TREINTA Y CINCO MIL NOVECIENTOS SETENTA Y CINCO PESOS M/CTE ($24.635.975). Esta suma será pagada por el SENA al contratista de la siguiente manera: a) Un primer pago correspondiente al periodo de Febrero de 2020 por valor DOS MILLONES QUINIENTOS VEINTISEIS MIL SETECIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS M/CTE ($2.526.767). b) seis pagos iguales por los meses de Marzo a Agosto de 2020, por valor de TRES MILLONES SETECIENTOS NOVENTA MIL CIENTO CINCUENTA PESOS M/CTE ($3790150) cada uno, c) Un último pago por valor de UN MILLON DOSCIENTOS SESENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y TRES PESOS M/CTE ($1.263.383)

Plazo: 7 meses hasta el diez (10) 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 Acuícola y Agroindustrial de Gaira del SENA Regional Magdalena, en la especialidad de SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

CLÁUSULA Obligaciones del contratista

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	Impartir formación complementaria en el programa Implementacion en seguridad y salud en el trabajo. Código ficha:	Control de actividades firmados por el coordinador académico, gestión de tiempo en

	de los tiempos que, para cada acción, se determine por parte del Centro de Formación.	2064640 actividades y alistamiento	sofiaplus
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 guias de aprendizaje	Proyectos publicados en Sofía Plus asignados a las fichas
3	Identificar los aprendizajes previos, estilos y ritmos de aprendizaje del aprendiz que ingresa al proceso formativo, de acuerdo con los lineamientos institucionales.	Realización de test de estilos de aprendizaje, evaluación de aprendizajes previos.	Evaluaciones realizadas.
4	Participar en el proceso de inducción de los aprendices.	Para el periodo contractual no he sido convocada para participar en estos temas	No ha sido requerido para este periodo
5	Realizar seguimiento a los aprendices en etapa productiva en su sitio de trabajo y seguimiento a la bitácora virtual del aprendiz cuando sea asignado.	No ha sido requerido para este periodo	No ha sido requerido para este periodo
6	Llevar control de la inasistencia de los aprendices a la formación, registrar en el aplicativo institucional las inasistencias y reportes a la coordinación académica las novedades para aplicación del reglamento del aprendiz.	Inasistencia registradas ficha: 2064640 REGISTRO DE ASISTENCIA EN SOFIA PLUS	Evidencias de Inasistencia registradas entregadas
7	Asociar los aprendices a la ruta de aprendizaje en el aplicativo institucional una vez el aspirante esté en estado matriculado y verificar con el reporte que todos aparezcan en formación.	Aprendices asociados a una ruta de aprendizaje	Aplicativo 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	Juicios de evaluación:Formación Complementaria implementación de sistemas de seguridad y salud en el trabajo Y autocuidado en seguridad y salud en el trabajo	Sin evidencias
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.	Acciones Realizadas	Evidencias en sofiaplus.
10	Participar en la formulación de proyectos de investigación aplicada, innovación pedagógica y desarrollo tecnológico de interés institucional SENNOVA.	El programa de formación impartido no participa en SENNOVA	SIN EVIDENCIA

11	Participar en los equipos, grupos, comités, proyectos y demás instancias institucionales que lo requieran.	No ha sido requerido para este periodo.	No ha sido requerido para este periodo.
12	Desplazarse a otras ciudades o municipios diferentes al domicilio contractual para el cumplimiento del contrato, en caso de que se requiera.	Desplazamiento permanente a municipios del sur del magdalena	Desplazamiento semanal al Banco Magdalena

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, 4323872773 operador **SOI** y periodo **Febrero 2020**. (Decreto Ley 2106 de 2019 – " *Decreto Ley Antitrámites*")

Evidencias en ( ) folios

Cordialmente,

Firma
NELSY XIMENA JIMENEZ OVALLE
Contratista
C.C. No. 36727755 de Santa Marta

Recibí a satisfacción:

Firma
YAIR ENRIQUE TACHE NIEBLES
Supervisor(a) Contrato CO1.PCCNTR. 1358789 **de 2020**
Coordinador Académico

DIAN® Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA Modelo Único de Ingreso, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14624248493

(415)7707212489984(8020) 000001462424849 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 3 6 7 2 7 7 5 5 — 4

6. DV

12. Dirección seccional: Impuestos y Aduanas de Santa Marta 1 9

14. Buzón electrónico

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión iliquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	3 6 7 2 7 7 5 5	1 9 8 2 0 9 2 2

Lugar de expedición	28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA	1 6 9	Magdalena 4 7	Santa Marta 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
JIMENEZ	OVALLE	NELSY	XIMENA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Magdalena 4 7	Santa Marta 0 0 1

41. Dirección principal: CL 7 16 B 33 BRR BETHANIA

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
ximeisanpty@gmail.com		3 0 0 4 9 6 5 9 1 7	4 3 0 6 1 4 7

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 5 2 3	2 0 1 7 0 3 2 9	7 1 1 0	2 0 1 7 0 3 2 9	7 0 2 0		2 1 4 5	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código:	5	4	9																							

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X]

60. No. de Folios: 0

61. Fecha: 2 0 1 9 0 6 1 7

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionalorios o de suspensión, según el caso.

Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo:

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 08-02-2020 10:55:38AM

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Santa Marta, 25 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:

T.I.	1.082879754	ISABELLA GAMEZ JIMENEZ	**HIJO**
R.C	1084465372	MATIAS MANUEL CADENA JIMENEZ	**HIJO**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Padre o hermano que se encuentra en situación de dependencia, por ingresos en el año menores a 260 UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.

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,

FIRMA
Nombre: NELSY XIMENA JIMENEZ OVALLE
C.C. 36.727.755 de Santa Marta

REGISTRADURIA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP [illegible]

Indicativo Serial 57912984

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [0 2] Consulado [ ] Corregiduría [ ] Inspección de Policía [ ] Código [ ]

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía

COLOMBIA - MAGDALENA - SANTA MARTA

Datos del inscrito

Primer Apellido: CADENA — Segundo Apellido: JIMENEZ

Nombre(s): MATIAS MANUEL

Fecha de nacimiento: Año 2012 Mes OCT Día 21 — Sexo (en letras): MASCULINO — Grupo sanguíneo: "O" — Factor RH: POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección)

COLOMBIA - MAGDALENA - SANTA MARTA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO DE NACIDO VIVO — Número certificado de nacido vivo: 14401744-7

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

Apellidos y nombres completos: JIMENEZ OVALLE NELLY XIMENA

Documento de identificación (Clase y número): C.C. 36.727.755 DE SANTA MARTA — Nacionalidad: COLOMBIANA

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

Apellidos y nombres completos: CADENA CAMPO CARLOS ARTURO

Documento de identificación (Clase y número): C.C. 7.144.689 DE SANTA MARTA — Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: CADENA CAMPO CARLOS ARTURO

Documento de identificación (Clase y número): C.C. 7.144.689 DE SANTA MARTA — Firma: [signature]

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número): — Firma:

NOTARIA SEGUNDA DEL CIRCULO DE SANTA MARTA
DESPACHO
01 FEB 2013

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos: ALEJANDRO FABIAN LOPEZ PEÑALOZA

Documento de identificación (Clase y número): — Firma:

Fecha de inscripción

Año 2013 Mes ENE Día 28

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace la inscripción: MERCEDES PERTUZ

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento: MERCEDES PERTUZ

Nombre y firma

NOTARIA SEGUNDA DEL CIRCULO DE SANTA MARTA
MERCEDES PERTUZ
2020
NOTARIA ENCARGADA

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS N° 260

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REDISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO
Número: N 5372052

P 1.082.879.754

Tipo de certificado | Datos Esenciales ☐ | Acreditar Parentesco ☐

l Inscrito

Apellidos y Nombres completos

GAMEZ JIMENEZ ISABELLA

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)	Sexo (en letras)	Tipo Sangu
2 0 0 6 Mes J U N Día 1 0	FEMENINO	B +

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA MAGDALENA SANTA MARTA

Fecha de Inscripción (Mes en letras)	Indicativo serial
2 0 0 6 Mes J U L Día 1 1	0039972101

de la Madre

Apellidos y Nombres completos

JIMENEZ OVALLE NELSY XIMENA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 36.727.755	COLOMBIA

del Padre

GAMEZ ESTRADA CESAR JAVIER Apellidos y Nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 85.462.111	COLOMBIA

del Solicitante

GAMEZ ESTRADA CESAR JAVIER Apellidos y Nombres completos

CEDULA DE CIUDADANIA 85.462.111 Documento de Identificación (Clase y número)

cio para notas

de la oficina de registro que expida el certificado

BARRANQUILLA MAGDALENA SANTA MARTA Cód
Departamento - Municipio

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras) 2 7 Mes Día

Nombre y firma del funcionario

ALEXANDER ZABALETA JIMENE

Registrador del Estado Civil

Adhesivo Copia Registro Civil
10845473-8

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) NELSY XIMENA JIMENEZ OVALLE Identificado(a) con cédula de ciudadanía 36727755 realizó el día 19/02/2020 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

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) NELSY XIMENA JIMENEZ OVALLE Identificado(a) con cédula de ciudadanía 36727755 realizó el día 19/02/2020 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