

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL SANTANDER		Código Regional	68
			Código Centro	954610
			Fecha Elaboración	Abril de 2020
			Versión	MARZO 2020 - 3,20
CENTRO DE GESTION AGROEMPRESARIAL DEL ORIENTE-SANTANDER - SERV			ID de Proceso	35872-790757
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista:		RUBY ALEXANDRA QUIROGA TORRES	C.C.	63.437.059
Correo electrónico contratista:		rquirogat@misena.edu.co	IP/N° de contacto	3204946333
Régimen del IVA:		NO RESPONSABLE	Pertenece al régimen simple de tributación?	NO
			Es declarante de renta?	NO
			Es Pensionado?	NO
Sus ingresos en el 2019 Superaron \$47.978.000		NO	Inducción SST	SI
			Presta Servicios Excluidos de IVA ?	SI
Banco al cual consignar:		BANCO AGRARIO DE COLOMBIA	Tipo de cta	AHORROS
			N° Cuenta	460460064490
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				
N° del contrato:	1376517/2020	N° Compromiso SIIF	14520	
Valor Total del Contrato	\$ 21.330.000	N° Pago	Periodo objeto de pago	
Saldo Anterior del Contrato	\$ 16.471.500	3	Del	30/04/2020
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 12.916.500		Comisiones	\$ 0,00
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios	\$ 3.555.000	Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°	0,00%	
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0	
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0	
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 3.555.000	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 2.362.200			
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	Abril	Marzo	Valor Base retención en la fuente	2.362.200,00
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.422.000	\$ 1.422.000	Valor Base retención en la fuente ICA	3.149.600,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 177.800	\$ 177.800	Valor base IVA	0,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 227.600	\$ 227.600	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00
ARL	\$ 14.900	\$ 14.900	Menos Retención IVA	0,00
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -	\$ -	Reteica - 8543	6.299,00
Aportes voluntarios a cuentas AFC	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.128.000	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.560.700	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Aportes A.R.L. de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Dependientes hasta \$ 1.139.424	\$ -	\$ -	Descuentos de Libranza	0,00
Salud hasta \$ 569.712	\$ -	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00
Renta Exenta 25% \$ 8.545.680	\$ 787.400	\$ -	VALOR A PAGAR	\$ 3.548.701,00
Retención en la Fuente Contingente	\$ -	\$ -		
SON: TRES MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL SETECIENTOS UN PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
COMPLEMENTARIA DE PRIMEROS AUXILIOS DE 48 EN EL MUNICIPIO DE VELEZ FICHA 2099939 COMPLEMENTARIA DE DESARROLLO DE HABILIDADES PARA LA VIDA Y EL TRABAJO MUNICIPIO DE PUENTE 40 HORAS FICHA 2100108 COMPLEMENTARIA DE DESARROLLO DE HABILIDADES PARA LA VIDA Y EL TRABAJO DE CIMITARRA 40 HORAS FICHA 2106092 COMPLEMENTARIA DE LIMPIEZA Y DESINFECCIONESTERILIZACION DE ARTICULOS Y EQUIPOS HOSPITALARIOS 48 HORAS cIMITARRA FICHA 210860 PARTICIPACION DE REUNION DE EQUIPO EJECUTOR DE SALUD PARTICIPACION DE REUNION POR COORDINACION PARA MECANISMO DE TRABAJO EN COMPLEMENTARIA				
PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:			Ruby Alexandra Quiroga T.	
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.			RUBY ALEXANDRA QUIROGA TORRES EL CONTRATISTA	
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO				
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:			Autorizo el presente pago. El Supervisor,	
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.			MARTHA RUEDA MONCADA INSTRUCTOR G20	
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				
HERIKA BIBIANA ARIZA GONZALEZ SUBDIRECTORA DE CENTRO G02				

PLANILLA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES
PLANILLA NRO. 8606925306
REFERENCIA DE PAGO (PIN): 8606925306
Fecha Pago Planilla: 2020-04-28

PAGADA

DATOS DEL APORTANTE					
RAZÓN SOCIAL	RUBY ALEXANDRA QUIROGA TORRES	TIPO DE PERSONA	Natural	TIPO DE DOCUMENTO	Cédula de Ciudadanía
Nro. DE IDENTIFICACIÓN	63437059	D.V.	0	TIPO DE APORTANTE	Independiente
DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA	BARRIOS LOS PINOS	DEPARTAMENTO	SANTANDER	MUNICIPIO	VELEZ
ACTIVIDAD ECONÓMICA	9609	CORREO ELECTRÓNICO	rquirogat@misena.edu.co	TELÉFONO	0
FAX	0	SUCURSAL	0	NOMBRE SUCURSAL	0
TIPO DE ENTIDAD	Privada	ARL	POSITIVA	Tipo de aportante	Independiente

REPRESENTANTE LEGAL					
Nro. DE IDENTIFICACIÓN		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE			

PERÍODO COTIZACIÓN PENSIÓN		PERÍODO COTIZACIÓN SALUD		FORMA DE PRESENTACIÓN
Año: 2020	Mes: 03	Año: 2020	Mes: 03	Único
Nro. DE TRABAJADORES		Vlr. TOTAL NÓMINA		Nro. DE RADICACIÓN
1		\$0		8606925306

IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO														Salario
Identificación	Tipo Vinculación	Sub tipo Cot	Ext no obl	Colombiano ext	Dpto	Mun	Tipo de Salario	Nombres						Salario Básico
CC-63437059	59	No	No	No	68	861	Salario	QUIROGA TORRES RUBY ALEXANDRA						\$1.421.000

NOVEDADES																													
Identificación	ING	Fecha Ing	RET	Fecha Ret	TDE	TDA	TDP	TASP	VSP	Fecha Nov Vsp	VTE	VSL	Fecha Sln Inicio	Fecha Sln Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha Lma Inicio	Fecha Lma Fin	VAC	Fecha Vac Inicio	Fecha Vac Fin	AVCT	Fecha Vct Inicio	Fecha Vct Fin	IRL	Fecha Irp Inicio	Fecha Irp Fin
CC - 63437059											C																0		

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES											
Identificación	AFP	Días Cotizados	IBC pensión	Tarifa	Cot Obl	Cot Vol Afil	Cot Vol Aport	Total Cot	Fondo Sol	Fondo Subsistencia	Vlr no ret
CC - 63437059	COLPENSIONES	30	\$1.422.000	0.1600000	\$227.600	\$0	\$0	\$227.600	\$0	\$0	\$0

SISTEMA GENERAL DE SALUD											SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES				
Identificación	EPS	Días Cot	IBC salud	Tarifa	Cot Obl	UPC Adic	Núm Aut EG	Valor EG	Núm Aut Lic	Valor Lic	Días Cot	IBC Riesgos	Cód CT	Tarifa	Cot Obl
CC - 63437059	NUEVA E.P.S. S.A.	30	\$1.422.000	0.1250000	\$177.800	\$0		\$0		\$0	30	\$1.422.000	1	0.0104400	\$14.900

APORTES PARAFISCALES													
Identificación	CCF	Días Cot a CCF	IBC Cajas	Tarifa CCF	Aporte CCF	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF	Tarifa ESAP	Aporte ESAP	Tarifa Min Edu	Aporte Min Edu
CC-63437059	SIN CCF	0	\$0	0.0000000	\$0	0.0000000	\$0	0.0000000	\$0	0.0000000	\$0	0.0000000	\$0

TOTALES PARA EL PERÍODO 2020 - 03											
TOTAL APORTES DEL PERÍODO A PENSIÓN POR ADMINISTRADORA											
ADMINISTRADO RA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	VLR COTIZACIÓN VOL AFIL	VLR COTIZACIÓN VOL APOR	VLR APOORTE FONDO PENSIÓN SOL	VLR APOORTE FONDO PENSIÓN SUBS	DÍAS MORA	VLR INTERESES	VLR INTERESES FONDO DE SOLIDARIDAD	VLR INTERESES FONDO DE SUBSISTENCIA	TOTAL PAGAR
COLPENSIONES	1	\$200	\$0	\$0	\$0	\$0	0	\$0	\$0	\$0	\$200

TOTAL APORTES DEL PERÍODO A SALUD POR ADMINISTRADORA																				
ADMINISTRA DORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	VLR UPC	AUT. IGE	VLR IGE	AUT. DESC LMA	VLR LMA	VLR NETO APORTE S DE COT	DÍAS MORA	VLR INTERE SES COT OBL	VLR INTERE SES UPC	SUBTOT AL APORTE S COT	SUBTOT AL APORTE S	RADICA CIÓN AUTOLI Q INICIA L	SALDO FAVOR PERÍOD O ANTERI OR COT OBL	SALDO FAVOR PERÍOD O ANTERI OR UPC	TOTAL PAGAR COT OBL	TOTAL PAGAR UPC	FONDO DE SOL SALUD	TOTAL PAGAR
NUEVA E.P.S. S.A.	1	\$100	\$0	0	\$0	0	\$0	\$100	0	\$0	\$0	\$100	\$0	0	\$0	\$0	\$100	\$0	\$0	\$100

TOTAL APORTES DEL PERÍODO A RIESGOS PROFESIONALES POR ADMINISTRADORA													
ADMINISTRA DORA	NÚM AFIL	VLR TOTAL COT OBL	NÚM AUT PAGO INCAPACIDA DES	VLR INCAPACIDA DES	VLR APORTES PAGADOS A OTROS RIESGOS	VLR NETO APORTES COTIZACIÓN	DÍAS MORA	INT MORA COT OBL	SUBTOTAL APORTES COT	NÚM RAD AUTOLIQUID ACIÓN INICIAL	SALDO A FAVOR PERÍODO ANTERIOR	FONDO SOL RIESGOS PROFESIONA LES	TOTAL PAGAR
ARL SURA	1	\$0	0	\$0	\$0	\$0	0	\$0	\$0	0	\$0	\$0	\$0

TOTAL APORTES PARAFISCALES					
NOMBRE ENTIDAD	NÚM DE AFIL	CONCEPTO	VLR TOTAL APORTES	DÍAS MORA	INTERESES MORA
SIN CCF	0	N/A	\$0	0	\$0
SENA	0	01	\$0	0	\$0
ICBF	0	01	\$0	0	\$0
ESAP	0	N/A	\$0	0	\$0
MinEdu	0	N/A	\$0	0	\$0

TOTAL A PAGAR		
CONCEPTO	TOTAL ENTIDADES	VALOR
SALUD	1	\$100
PENSIONES	1	\$200
RIESGOS PROFESIONALES	1	\$0
CAJAS DE COMPENSACIÓN	1	\$0
SENA	1	\$0
ICBF	1	\$0
ESAP	1	\$0
MINISTERIO DE EDUCACIÓN	1	\$0
GRAN TOTAL	1	\$300

Ruby Alexandra Quirga T



PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO
FORMATO INFORME MENSUAL EJECUCIÓN CONTRACTUAL

Vélez y abril del 2020

Señor (a)

MARTHA RUEDA MONCADA

SUPERVISOR(A) CONTRATO No. **CO1.PCCNTR.1376517**

Coordinador Académico

Centro de Gestión Agro empresarial del Oriente

Vélez

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

Referencia: No CO1.PCCNTR.1376517 del año (2020)

RUBY ALEXANDRA QUIROGA TORRES, identificado con la cédula de ciudadanía No. 63437059 de Vélez, en mi calidad de Contratista del SENA, en coordinación académica, 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: Se fija como valor total del contrato la suma de **Veintiún millones trescientos treinta mil pesos (\$ 21.330.000) moneda legal colombiana**, esta suma será pagada por el Sena al contratista así: a) Pagos mensuales por valor de tres millones quinientos cincuenta y cinco mil (\$3.555.000,00) m/cte. b) En los casos en los que las actividades no supere el mes, el pago se realizará en proporción al tiempo trabajado, siempre que no supere el valor del contrato de la presente vigencia.

Plazo: 19 de Agosto de 2020.

OBJETO:

Prestación de servicios personales de carácter temporal para desarrollar los programas de formación titulada y complementaria en el área Salud del Centro de Gestión Agroempresarial del Oriente.

CLÁUSULA (No. de cláusula donde se encuentren las obligaciones del contratista)

No	Obligaciones	Acciones realizadas	Evidencias
1	Preparar, orientar, desarrollar y apoyar procesos de aprendizaje en cualquiera de las estrategias de respuesta institucional para los diferentes grupos poblacionales objeto de Formación Profesional Integral.	Alistamiento a la formación profesional, correspondiente a la ficha de complementaria fichas 2099939,2100102,2106092,2108605	Guías , utilizadas en la formación , drive del mes de Abril
2	Dar cumplimiento estricto a los Manuales del Sistema Integrado de Gestión y demás normas que regulan la Formación	Cumplimiento de los lineamientos del equipo executor de	Registro fotográfico ,drive del mes de abril

	Profesional Integral en el SENA y además a entregar oportunamente las listas de aprendices inscritos, seleccionados, las planillas debidamente diligenciadas y demás documentos requeridos por la Gestión de Centros y Registro y Certificación	salud	
3	Evaluar el proceso de aprendizaje, las estrategias, el medio ambiente, el rendimiento académico de los aprendices y diligenciar oportunamente los formatos correspondientes.	Evaluación de la formación complementaria 2099939 de Primeros Auxilios, ética 2100102	Consolidado de evaluación de la ficha 2099939,2100102, r drive de Abril
5	Rendir oportunamente los informes requeridos sobre las acciones encomendadas y los productos resultantes de procesos de Formación Profesional.	Rendir informe mensual de las actividades de las formaciones atendidas	Informe mensual , drive Abril
7	Reportar en el sistema Sofía Plus en un plazo máximo de 5 días hábiles, todas las actividades que de acuerdo con los procesos que son de su responsabilidad, garantizando la calidad de la información y su coherencia con el proceso formativo, tales como: Registro de los juicios evaluativos; Creación de rutas y asociación de aprendices; Registro de juicios evaluativos del reconocimiento de aprendizajes previos; Comunicar al Coordinador Académico oportunamente anomalías, inconsistencias, novedades de aprendices y hallazgos en el registro de la información 4 GTH-F-075 V.04.	Reportar actividades en Sofía y registro de los juicios valorativos de la formación complementaria	Consolidado de registro de juicios valorativos de la ficha drive de Abril
12	Las demás que se requieran para el cumplimiento del contrato.	Dar cumplimientos con los lineamientos de supervisora	Correo electrónico

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 lo 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, N° 8606925306 EXPEDIDO por ASOPAGOS. Correspondiente al mes de MARZO del año 2020 (Decreto Ley 2106 de 2019 - "Decreto Ley Anti trámites")

Evidencias en () folios

Cordialmente,

Ruby Alexandra Ortega Torres

Nombres y apellidos
Contratista
C.C. No.63437059

Recibí a satisfacción:

MARATHA RUEDA M.

MARTHA RUEDA MONCADA
Supervisor(a) Contrato CO1.PCCNTR. 1376517 de 2020