**PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO**

**FORMATO INFORME MENSUAL EJECUCIÓN CONTRACTUAL**

Duitama Agosto de 2024

Señor (a)
CLAUDIA PATRICIA NUÑEZ IZQUIERDO
SUPERVISOR(A) CONTRATO No. 5864156
Cargo del supervisor: Coordinadora Académica
Dependencia: Coordinación Académica
Duitama – Boyacá

**Asunto:** Informe mensual de ejecución contractual Mes Agosto del año 2024

**Referencia:** No CO1.PCCNTR.5864156 del año 2024

Jose David Ramirez Pardo, identificado con la cédula de ciudadanía No. 80´203.306 de Bogotá, en mi calidad de Contratista del SENA, en coordinación de la formación titulada campesena, 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 para cada uno de los contratos que se desprendan de los lotes 1 al 18 la suma de CUARENTA Y DOS MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y UN MIL PESOS M/CTE ($42.831.000). Esta suma será pagada por el SENA al contratista de la siguiente manera: a) Un primer pago por valor de TRES MILLONES SETECIENTOS DOCE MIL VEINTE PESOS M/CTE. ($ 3.712.020) correspondiente al mes de febrero. b) Nueve (09) pagos iguales correspondiente al mes de marzo a noviembre de

2024 por valor de CUATRO MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA Y TRES MIL CIEN PESOS M/CTE. ($ 4.283.100). c) Un último pago por valor de QUINIENTOS SETENTA Y UN MIL OCHENTA PESOS M/CTE ($ 571.080) amparados con el CDP 1824 DE 2024

**Plazo:** Será hasta el 4 de Diciembre de 2024.

| **OBJETO:** (Trascriba el objeto del contrato, dentro del siguiente cuadro) |
|---|
| Prestar servicios personales para planear, orientar y evaluar actividades de formación profesional integral que imparte el Centro de Desarrollo Agropecuario y Agroindustrial en el área de Agroindustria en los programas de formación Titulada Regular o Complementaria, de conformidad con los Lineamientos institucionales y la normatividad vigente |

**Obligaciones Especificas:** (Trascriba las obligaciones específicas del contrato, dentro del siguiente cuadro)

| No | Obligaciones | Acciones realizadas | Evidencias |
|---|---|---|---|
| 1 | Planear, orientar y evaluar la formación profesional, aplicando las guías y procedimientos emitidos por la Dirección de Formación Profesional del SENA, el Sistema Integrado de Gestióny Autocontrol SIGA, los lineamientos del equipo pedagógico de Centro y las orientaciones de la Coordinación Académica en los tiempos definidos por la | Durante el mes de Agosto de 2024, teniendo en cuenta la programación, se planeó el proceso formativo en:<br>Planeación, orientación, ejecución, evaluación de la formación asignada:<br>**AGOSTO 1 AL 2**<br>**TITULADA # 1** | **OBLIGACIÓN 1**<br>**TITULADA 1**<br>2925147 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | entidad, en la modalidad establecida para cada programa (presencial, virtual y/o a distancia), cumpliendo con la intensidad horaria establecida en los diseños curriculares. | **Ficha 2925147**<br><br>Técnico en Elaboración de Productos Alimenticios<br><br>Competencia: Almacenamiento de Alimentos<br><br>Procesamiento de Alimentos 160 h Fruver<br><br>Resultados de Aprendizaje:<br><br>Inspeccionar condiciones de la materia prima, insumos y materiales garantizando la inocuidad y seguridad alimentaria según instrucciones del área de producción y normas técnicas<br><br>Elaborar alimentos balanceados según, necesidades del mercado y procedimientos de la empresa aplicando normatividad vigente.<br><br>Obtener productos transformados según, necesidades del mercado y procedimientos de la empresa aplicando normatividad vigente.<br><br>Acondicionar productos agropecuarios mediante la | **-Anexo 1.1** Plan de trabajo<br><br>**- Anexo 1.2** Planeación pedagógica<br><br>**- Anexo 1.3** Guía de aprendizaje<br><br>**- Anexo 1.4** Instrumentos de evaluación<br><br>**- Anexo 1.5**<br><br>Material de apoyo<br><br>**- Anexo 1.6** Listado de asistencia<br><br>**- Anexo 1.7** Plan de mejoramiento (no aplica) |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | aplicación de técnicas y procedimientos según normatividad vigente<br><br>Alistar producto terminado según requerimientos técnicos, necesidades del mercado y normatividad vigente<br><br>**AGOSTO 5 AL 6, 8 AL 9**<br><br>**COMPLEMENTARIA # 1.**<br><br>**FICHA:**<br><br>**ELABORACION DE DERIVADOS LACTEOS CONCENTRADOS**<br><br>Ejecución para el desarrollo de actividades propias del curso complementario # 1.<br><br>Programa de Formación: Curso complementario Producción de Derivados Lácteos ficha: Municipio de Soraca, Boyacá.<br><br>Competencia: Producir productos a base de leche, como quesos, yogur, Kumis y mantequillas, siguiendo normas higiénicas.<br><br>Resultado de aprendizaje:<br><br>Describir las características físico- | **OBLIGACION 1**<br><br>**COMPLEMENTARIA # 1**<br><br>**FICHA:**<br><br>**-Anexo 2.1** Plan de trabajo<br><br>**- Anexo 2.2** Guía de aprendizaje<br><br>**- Anexo 2.3** Material de apoyo<br><br>**- Anexo 2.4** Instrumentos de evaluación |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | químicas de la leche para optimizar su manejo.<br><br>Aplicar sistemas específicos para la producción de yogur, queso y mantequilla, según las necesidades del productor.<br><br>Calcular y emplear los utensilios e ingredientes adecuados para la elaboración de productos lácteos.<br><br>**AGOSTO 13 AL 16**<br><br>**COMPLEMENTARIA # 2.**<br><br>**FICHA:**<br><br>**HIGIENE Y MANIPULACION DE ALIMENTOS**<br><br>Ejecución para el desarrollo de actividades propias del curso complementario # 2.<br><br>Programa de Formación: Curso complementario Higiene y Manipulación de Alimentos ficha: Municipio de Soraca, Boyacá.<br><br>Competencia: Manipular alimentos de acuerdo con normatividad vigente.<br><br>Resultado de aprendizaje: | - **Anexo 2.5** Reporte de juicios de evaluación<br><br>- **Anexo 2.6** Listados de asistencia<br><br>**OBLIGACION 1**<br><br>**COMPLEMENTARIA # 2.**<br><br>**FICHA:**<br><br>**Anexo 3.1**. Plan de Trabajo<br><br>**Anexo 3.2.** Guía de Aprendizaje.<br><br>**Anexo 3.3.** Material de Apoyo. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | Verificar el cumplimiento de los programas de limpieza y desinfección, control de plagas y manejo de residuos sólidos de acuerdo con la legislación vigente.<br><br>Identificar los factores de contaminación de los alimentos y las medidas preventivas según procedimientos establecidos.<br><br>Aplicar las buenas prácticas de manufactura durante la elaboración productos alimentarios de acuerdo con<br><br>la normatividad vigente y estándares seguridad industrial.<br><br>Registrar la información del plan de saneamiento básico y los procedimientos operativos según criterios establecidos por la empresa.<br><br>**AGOSTO 20 AL 23 COMPLEMENTARIA # 3.**<br><br>**FICHA:**<br><br>**HIGIENE Y MANIPULACION DE ALIMENTOS** | **Anexo 3.4.** Instrumentos de Evaluación<br><br>**Anexo 3.5.** Reporte Juicios de Evaluación.<br><br>**Anexo 3.6.** Listado de Asistencia.<br><br>**OBLIGACION 1**<br><br>**COMPLEMENTARIA # 3.**<br><br>**FICHA:**<br><br>**Anexo 4.1**. Plan de Trabajo |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | Ejecución para el desarrollo de actividades propias del curso complementario # 3.<br><br>Programa de Formación: Curso complementario higiene y manipulación de alimentos, ficha: Municipio de Aquitania, Boyacá.<br><br>Competencia: Manipular alimentos de acuerdo con normatividad vigente.<br><br>Resultado de aprendizaje:<br><br>Verificar el cumplimiento de los programas de limpieza y desinfección, control de plagas y manejo de residuos sólidos de acuerdo con la legislación vigente.<br><br>Identificar los factores de contaminación de los alimentos y las medidas preventivas según procedimientos establecidos.<br><br>Aplicar las buenas prácticas de manufactura durante la elaboración productos alimentarios de acuerdo con la normatividad vigente y estándares seguridad industrial. | **Anexo 4.2.** Guía de Aprendizaje.<br><br>**Anexo 4.3.** Material de Apoyo.<br><br>**Anexo 4.4.** Instrumentos de Evaluación<br><br>**Anexo 4.5.** Reporte Juicios de Evaluación.<br><br>**Anexo 4.6.** Listado de Asistencia. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | Registrar la información del plan de saneamiento básico y los procedimientos operativos según criterios establecidos por la empresa.<br><br>**AGOSTO 26 AL 30**<br><br>**COMPLEMENTARIA # 4.**<br><br>**FICHA:**<br><br>**HIGIENE Y MANIPULACION DE ALIMENTOS**<br><br>Ejecución para el desarrollo de actividades propias del curso complementario # 4.<br><br>Programa de Formación: Curso complementario higiene y manipulación de alimentos, ficha: Municipio de Nobsa, Boyacá.<br><br>Competencia: Manipular alimentos de acuerdo con normatividad vigente.<br><br>Resultado de aprendizaje:<br><br>Verificar el cumplimiento de los programas de limpieza y desinfección, control de plagas y manejo de residuos sólidos de | **OBLIGACION 1**<br><br>**COMPLEMENTARIA # 4.**<br><br>**FICHA:**<br><br>**Anexo 5.1**. Plan de Trabajo<br><br>**Anexo 5.2.** Guía de Aprendizaje.<br><br>**Anexo 5.3.** Material de Apoyo.<br><br>**Anexo 5.4.** Instrumentos de Evaluación<br><br>**Anexo 5.5.** Reporte Juicios de Evaluación.<br><br>**Anexo 5.6.** Listado de Asistencia. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | acuerdo con la legislación vigente.<br><br>Identificar los factores de contaminación de los alimentos y las medidas preventivas según procedimientos establecidos.<br><br>Aplicar las buenas prácticas de manufactura durante la elaboración productos | |
| 2 | Establecer la ruta de aprendizaje y asociar aprendices en el aplicativo SOFIA PLUS de acuerdo con la programación e intensidad horaria que se fije para cada programa de formación. | **COMPLEMENTARIA # 1 SORACA**<br><br>**FICHA:**<br><br>**PROGRAMA: PRODUCCION DE DERIVADOS LACTEOS**<br><br>**FECHA: 5 AL 6, 8 AL 9 DE AGOSTO**<br><br>- Se realizo la creación de la ruta de la ficha complementaria NO xxxxx<br>- Se realizo asociación de los aprendices de la ficha complementaria NO xxxxx<br><br>**COMPLEMENTARIA # 2** | **EVIDENCIAS 2**<br>Establecer ruta de aprendizaje y asociar aprendices:<br><br>**Anexo 2.1** Captura de Creación de ruta y asociación de aprendices (Soraca) En ejecucion<br><br>**Anexo 2.2** Captura de Creación de ruta y asociación de aprendices (Soraca)<br><br>**Anexo 2.3** Captura de Creación de ruta y asociación de aprendices (Aquitania) |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | **SORACA**<br>**FICHA:**<br>**PROGRAMA: HIGIENE Y MANIPULACION DE ALIMENTOS**<br>**FECHA: 13 AL 16 DE AGOSTO**<br>- Se realizo la creación de la ruta de la ficha complementaria NO xxxxx<br>- Se realizo asociación de los aprendices de la ficha complementaria NO xxxxx<br><br>**COMPLEMENTARIA # 3**<br>**AQUITANIA**<br>**FICHA:**<br>**PROGRAMA: HIGIENE Y MANIPULACION DE ALIMENTOS**<br>**FECHA: 20 AL 23 DE AGOSTO**<br>- Se realizo la creación de la ruta de la ficha complementaria NO xxxxx | **Anexo 2.4** Captura de Creación de ruta y asociación de aprendices (Nobsa) |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | - Se realizo asociación de los aprendices de la ficha complementaria NO xxxxx<br><br>**COMPLEMENTARIA # 4**<br>**NOBSA**<br>**FICHA:**<br>**PROGRAMA: HIGIENE Y MANIPULACION DE ALIMENTOS**<br>**FECHA: 26 AL 30 DE AGOSTO**<br>- Se realizo la creación de la ruta de la ficha complementaria NO xxxxx<br>- Se realizo asociación de los aprendices de la ficha complementaria NO xxxxx | |
| 3 | Orientar y realizar seguimiento a la alternativa de Etapa Productiva del aprendiz de acuerdo con el | Durante el mes objeto de pcdo no se solicitó el desarrollo de estas actividades | Para este mes el centro no requirió de esta obligación como objeto de pago |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | programa de formación asignado y cuando se requiera. | | |
| 4 | Realizar actividades de divulgación, promoción, inscripción y gestión documental para la matrículade los programas de formación (complementaria y titulada) objeto del presente contrato de acuerdo con los lineamientos, cobertura y productos indicados por la subdirección de centro y la coordinación, cuando se requiera. | Durante el mes objeto depago, no se solicitó el desarrollo de estas actividades | Para este mes el centro no requirió de esta obligación como objeto de pago |
| 5 | Ejecutar y participar de las diferentes actividades a las que sea convocado por la Subdirección de Centro, supervisión del contrato y/o las coordinaciones del Centrode Formación. | Agenda de actividades a llevar a cabo el día 12 de Agosto del año que corre | **Anexo 5.1**<br><br>Evidencia fotográfica |
| 6 | Participar en equipos de trabajo de desarrollo curricular, investigación y desarrollo tecnológico, ocupacional y social, del área objeto del presente contrato que se requiera por parte de la subdirección del centro y la | Durante el mes objeto de pago, no se solicitó el desarrollo de estas actividades | Para este mes el centro no requirió de esta obligación como objeto de pago |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | coordinación. | | |
| 7 | Utilizar las herramientas tecnológicas disponibles en los ambientes de aprendizajepara fortalecer la formación ylograr el cumplimiento de los lineamientos, cobertura y productos indicados. | Se realizo el respectivo cargue del portafolio de cada ficha de formación a la plataforma Zajuna | OBLIGACION 7<br>Anexo 7.1 Capturas de cargue de portafolio a la plataforma Zajuna de cada ficha (plataforma sin acceso) |
| 8 | Generar y ejecutar estrategias para procurar lapermanencia y retención delos aprendices durante el tiempo de ejecución de los programas de formación. | Durante el mes objeto de pago, no se solicitó el desarrollo de estas actividades | Para este mes el centro no requirió de esta obligación como objeto de pago |
| 9 | Realizar seguimiento a cadaaprendiz registrando y reportando novedades (deserciones, inasistencias, traslados, entre otras), avances o dificultades de manera oportuna en la plataforma dispuesta para cada fin y a la coordinación académica en los formatos y tiempos establecidos. | Durante el mes objeto de pago teniendo en cuenta laprogramación, se planeó elproceso formativo en:<br><br>Tecnólogo en procesamiento de alimentos (Sin novedad)<br><br>Complementaria Producción de derivados Lácteos<br>(Sin novedad)<br><br>Complementaria Higiene y Manipulación de Alimentos (Soraca) (Sin novedad)<br><br>Complementaria | **EVIDENCIAS 9**<br><br>(Sin novedad) |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | Higiene y Manipulación de Alimentos (Aquitania) (Sin novedad)<br><br>Complementaria<br>Higiene y Manipulación de Alimentos (Nobsa) (Sin novedad) | |
| 10 | Aportar de manera oportuna la documentación necesaria para verificar el cumplimientodel objeto contractual utilizando los formatos establecidos por el Sistema Integrado de Gestión y Autocontrol SIGA, y realizar el cargue de la información en las plataformas dispuestas para tal fin, de acuerdo con los lineamientos de la entidad. | Se realizó la entrega de estadística del mes de agosto:<br>Informe de ejecución mensual<br>Evidencias<br>Cuenta de cobro<br>Seguridad social | **OBLIGACION 10**<br>Anexo 10.1 GESTION CONTRACTUAL Y GESTION FINANCIERA |
| 11 | Apoyar técnicamente la estructuración y/o supervisión de los procesos de adquisición de bienes, obras y/o servicios cuando se requiera por la Subdirección de Centro y/o supervisión del contrato. | Durante el mes objeto de pago, no se solicitó el desarrollo de estas actividades | Para este mes el centro no requirió de esta obligación como objeto de pago |
| 12 | Las demás requeridas por la Entidad en coherencia con lanaturaleza del | Para este mes el centro no requirió de esta obligación como objeto de pago | Para este mes el centro no requirió de esta |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | objeto | | obligación como objeto de pago |

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 | FECHA DE DESPLAZAMIENTO INICIAL | FECHA DE DESPLAZAMIENTO FINAL |
|---|---|---|---|---|
| 1. | 128824 | CUBARA | 1/07/2024 | 26/07/2024 |
| 2. | XX | XX | XX | XX |

**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 electrónicos enunciados como evidencias del cumplimiento de las obligaciones contractuales y los desplazamientos

realizados y el No. **4563229288** de la planilla, operador SOI (pagos de seguridad social) y periodo (julio). (Decreto Ley 2106 de 2019 – “Decreto Ley Anti trámites”)

Cordialmente,



Firma
Nombres y apellidos: Jose David Ramirez Pardo
Contratista
C.C. No. 80´203.306 de Bogotá

Recibí a satisfacción:

Firma

Nombres y Apellidos: CLAUDIA PATRICIA NUÑEZ IZQUIERDO

Supervisor(a) Contrato CO1.PCCNTR.5864156 del año 2024

Cargo: Coordinadora Académica

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

**FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)**

**REGIONAL BOYACÁ**

**CENTRO DE DESARROLLO AGROPECUARIO Y AGROINDUSTRIAL**

**Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1**

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **15** |
| **Código Centro** | **911010** |
| **Fecha Elaboración** | **Agosto de 2024** |
| **Versión** | **MARZO 2024 - 2,24** |
| **ID de Proceso** | **62429-138621** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos:** | JOSE DAVID RAMIREZ PARDO | **Banco a consignar:** | DAVIVIENDA |
| **Cédula de Ciudadanía** | 80.203.306 | **Tipo de cuenta:** | AHORROS |
| **Correo electrónico:** | ingenierodavidramirez83@gmail.com | **Número de Cuenta:** | 0550488423220349 |
| **IP/Nº de contacto:** | 0 | **Presta Servicios Excluidos de IVA:** | NO |
| **Inducción SST:** | SI | **Pertenece al régimen simple de tributación:** | NO |
| **Régimen del IVA:** | NO RESPONSABLE | **Es declarante de renta por el año gravable 2023** | NO |

| | |
|---|---|
| **¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?** | NO |
| **Sus ingresos en el 2023 fueron iguales o superiores a $59.377.000** | NO |
| **Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2024 es igual o superior a $188.260.000 (debe registrarse como responsable del IVA)** | NO |
| **¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?** | NO |
| **Concepto del pago corresponde a:** | Ninguno |
| **TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.** | 0,00% |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nº del contrato:** | 5864156/2024 | **Nº Compromiso SIIF** | **17024** | **Número de pagos durante la vigencia del contrato** | 11 |

| | |
|---|---|
| **OBJETO CONTRACTUAL:** (Descripciòn del servicio prestado) | Prestar servicios personales para planear, orientar y evaluar actividades de formación profesional integral que imparte el Centro de Desarrollo Agropecuario y Agroindustrial en el área de Agroindustria en los programas de formación Titulada Regular o Complementaria, de conformidad con los Lineamientos institucionales y la normatividad vigente |

## DATOS PERIODO DEL PAGO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Del** | **01/08/2024** | **Al** | **31/08/2024** | **Saldo Anterior del Contrato:** | $ 17.703.480 |
| **Número de pago** | **7** | | | **Valor Total del Contrato:** | $ 42.831.000 |
| **Valor Bruto Pago:** | | | **$ 4.283.100,00** | **Nuevo Saldo del Contrato:** | $ 13.420.380 |

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 4.283.100 | Retención en la fuente a practicar Artículo 383 rentas | 5,86% |
| Ingresos por comisiones | $ 5.856.696 | Retencion en la Fuente del Periodo | $ 378.735 |
| Ingresos de otros meses cobrados en el mes | $ 0 | | |
| **TOTAL INGRESOS DEL PERIODO** | **$ 10.139.796** | Menos, Retefuente Otros Ingresos | $ 0 |
| **BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE** | **$ 6.464.516** | **TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO** | **$ 378.735** |

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

| | | Agosto | Julio |
|---|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | | ---------- | **4563229288** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | | $ 1.713.240 | $ 1.713.240 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | | $ 214.200 | $ 214.200 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | | $ 274.200 | $ 274.200 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | | $ - | $ 0 |
| ARL | II | $ 17.900 | $ 17.900 |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes | | $ - | |
| Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes | | $ - | |
| Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes | | $ - | |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias | | $ - | |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC | | $ - | |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias | | $ - | |
| Intereses Prestamo de Vivienda | | $ - | |
| Dependientes hasta | | $ 1.013.980 | |
| Salud hasta | $ 753.040 | $ - | |
| Renta Exenta 25% | $ 34.082.904 | $ 2.155.000 | |
| Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. | $ 5.543.000 | | |
| Retención en la Fuente Contingente | | $ | |

| | | |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 6.464.516,00 | TARIFA |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 10.139.796,00 | |
| Valor base IVA | 0,00 | |
| IVA (Si es RESPONSABLE) | 0,00 | 19% |
| Menos Retención en la Fuente | 378.735,00 | 5,86% |
| Menos Retencion IVA | 0,00 | 15% |
| Reteica - 334 - DUITAMA | 61.853,00 | 0,610% |
| - | 0,00 | 0% |
| - | 0,00 | 0% |
| - | 0,00 | 0% |
| - | 0,00 | 0% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| | 0,00 | |
| Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| **VALOR A PAGAR** | **$3.842.512,00** | |

**SON: TRES MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA Y DOS MIL QUINIENTOS DOCE PESOS M/CTE**

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Tit 1 1 al 2 de ago Ficha 2925147 Cedeagro Técnico en elaboración productos alimenticios produccion de alimentos materia prima fruver

Compl 1 5 al 6, 8 al 9 de ago Ficha Produccion de Derivados Lacetos produccion de alimentos (sabajon, arequipe, yogurt y demas)

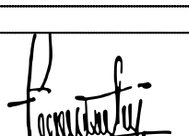
Compl 2 13 al 16 de ago Ficha HIGIENE Y MANIPULACION DE ALIMENTO CAPACITACION MANIPULAR ALIMENTOS DE ACUERDO CON NORMATIVIDAD

Compl 3 20 al 23 de ago Ficha HIGIENE Y MANIPULACION DE ALIMENTO CAPACITACION MANIPULAR ALIMENTOS DE ACUERDO CON NORMATIVIDAD

Compl 4 26 al 30 de ago Ficha HIGIENE Y MANIPULACION DE ALIMENTO CAPACITACION MANIPULAR ALIMENTOS DE ACUERDO CON NORMATIVIDAD

**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



**JOSE DAVID RAMIREZ PARDO**
**EL CONTRATISTA**

## CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:

1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;

2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro;

3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,

**CLAUDIA PATRICIA NUNEZ IZQUIERDO**
**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**
**ENITH YADIRA RAMIREZ CAMARGO**
**SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)**

13/08/24 09:32:10 USUARIO: SIC - C.C. 80203306

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 80203306 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | JOSE DAVID RAMIREZ PARDO |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | DUITAMA | DEPARTAMENTO: | BOYACA |
| DIRECCIÓN: | CALLE 12 #23-05 | TELÉFONO: | 1111111 |
| 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: | | **4563229288** | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES julio | AÑO 2024 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES julio | AÑO 2024 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2024/08/02 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 4080232806 |

**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 |
| 230201 | 230201- PROTECCION | 1 | $ 274.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 274.200 | $ 0 | $ 274.200 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 274.200** | **$ 0** | **$ 274.200** |

**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 | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS037 | EPS037-NUEVA EPS | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 214.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 214.200 | $ 0 | $ 0 | $ 214.200 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 214.200** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 214.200** |

**TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 17.900 | $ 17.900 | $ 0 | $ 0 | $ 17.900 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 17.900** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 17.900** |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | | | | | | | | | |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | 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 | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DIAS COT | IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
| 1 | CC 80203306 | RAMIREZ PARDO JOSE DAVID | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.713.240 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201-PROTECCION | 30 | $ 1.713.240 | $ 274.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 274.200 | EPS037-NUEVA EPS | 30 | $ 1.713.240 | $ 214.200 | $ 0 | $ 214.200 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 1.713.240 | 80203306 | $ 17.900 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| | |
|---|---|
| **TOTAL** | **$ 506.300** |

**FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS**

Duitama, 13 de agosto de 2024

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 contratista de prestación de servicios personales y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario y el artículo 1.2.4.1.18. del Decreto 1625 de 2016, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

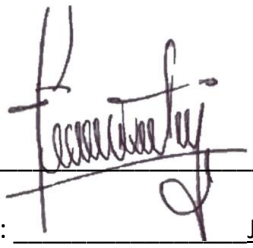
| | | | |
|---|---|---|---|
| **NUIP - NIP** | **1052417667** | **David Julián Ramirez Fajardo** | **HIJO** |

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,



_____

FIRMA

Nombre: _____Jose David Ramirez Pardo

C.C. _____80203306 de Bogotá

ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1.052.417.667

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 152809623

*52809623*

**Datos de la oficina de registro - Clase de oficina**

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

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

REGISTRADURIA DE DUITAMA - COLOMBIA - BOYACA - DUITAMA

**Datos del inscrito**

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| RAMIREZ | FAJARDO |

Nombre(s)

DAVID JULIAN

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2018 Mes SEP Día 12 | MASCULINO | A | POSITIVO |

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

COLOMBIA BOYACA DUITAMA

| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO | 14773771-7 |

**Datos de la madre**

Apellidos y nombres completos

FAJARDO RODRIGUEZ JESSIKA LYA

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 1.020.746.109 | COLOMBIA |

**Datos del padre**

Apellidos y nombres completos

RAMIREZ PARDO JOSE DAVID

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 80.203.306 | COLOMBIA |

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos

RAMIREZ PARDO JOSE DAVID

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| CC 80.203.306 | |

**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 SEP Día 17 | LUIS GUILLERMO CARRERO SOLANO - R<br>Nombre y firma |

| Reconocimiento paterno | Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento |
|---|---|
| Firma | Nombre y firma |

**ESPACIO PARA NOTAS**

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Es fiel Fotocopia tomada de su Original que reposa en los Archivos de esta Oficina.
27 SET 2018

PRIMERA COPIA. EXENTA DE PAGO

Archivo Copia

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

# MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

## CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 80203306 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

Esta certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

Se expide en Bogotá el 13/08/2024 09:50 AM

Código Verificación: **52PY7WJE16**

Válida hasta: **11/11/2024**

---

**Dirección de Gobierno Digital**

**MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC**

INTEGRIDAD PÚBLICA

Función Pública

Verificados los resultados del participante en el curso virtual

**Función Pública certifica que:**

# Jose David Ramirez Pardo

C.C 80.203.306

Participó y completó el curso virtual:

**Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción.**

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 01 de agosto 2024

**Aura Isabel Mora**

Directora de Participación, Transparencia y Servicio al Ciudadano

Código: 761848637000