SENA
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
CENTRO AGROINDUSTRIAL DEL META
Coordinación Académica de Programas Especiales

Código Regional	60
Código Centro	911710
Fecha elaboración	26 de marzo de 2020
Versión	2.2 feb-20

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: / Correo electrónico contratista:	ADRIANA USECHE ROJAS auseche@sena.edu.co	C.C.	40.393.942	IP/Nº de contacto	3213975288
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	Es declarante de renta?	NO	Es Pensionado?	NO
Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a su actividad para cumplir con el objeto de su contrato?	NO	Inducción SST	SI	Presta Servicios Excluidos de IVA ?	SI
Banco al cual consignar:	COLPATRIA	Tipo de cta	AHORROS	Nº Cuenta	7192010636
Sus ingresos en el 2019 fueron iguales o superiores a $47'978.000	NO	Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2020 supera los $ 117'503.000			NO

DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº del contrato: 01.PCCNTR.1362545/2020 — Nº Compromiso SIIF: 16720

Valor Total del Contrato	$ 30.415.008	N ° Pago	Periodo objeto de pago					Valor Bruto Pago
Saldo Anterior del Contrato	$ 28.103.467	2	Del	01/03/2020	Al	31/03/2020		$ 3.649.801,00
Nuevo Saldo del Contrato	$ 24.453.666		Comisiones			$ 0		

OBJETO CONTRACTUAL: Prestar servicios personales de carácter temporal para planear y orientar la Formación Profesional Integral, que programe el Centro Agroindustrial del Meta en sus diferentes niveles y modalidades, atendiendo las políticas institucionales y la normatividad del programa ETNIAS en la Especialidad Agrícola- Procesamiento de Alimentos- Lácteos y Derivados.

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.649.801
Ingresos por comisiones	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	$ 3.649.801
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	$ 2.425.276

Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0,00%
Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Menos, Retefuente Comisiones	$ 0
Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	$ 0

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

Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS: febrero — 8341159484

		APORTES DEL MES OBJETO DE COBRO	APORTES DEL MES ANTERIOR
Ingreso Base de Cotización IBC	marzo	$ 1.459.920	$ 924.616
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 182.500	$ 115.600
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 233.600	$ 148.000
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad		$ -	$ 0
ARL		$ 7.700	$ 4.900
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Voluntarias	$ 7.128.000	$ -	
Intereses Préstamo 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 ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Dependientes hasta	$ 1.139.424	$ -	
Salud hasta	$ 569.712	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 8.545.680	$ 808.425	
Retención en la Fuente Contingente		$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.425.276,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	3.233.701,00	
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	12.935,00	0,400%
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%
Descuentos de Libranza (SI tiene)	0,00	
Descuentos de embargo (SI tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	$ 3.638.868,00	

SON: 0TRES MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS M/CTE.

1. Ejecución en el programa de formación correspondientes: A) Ficha n° 2071374 Puerto López; Fecha inicio:20/02/2020 y termina 02/03/2020, Duración 40 Horas. Se ejecuta 8 horas: N°de aprendices:30, Desertados: 0, Porcentaje de cumplimiento de la meta del curso: 100% Evaluado por Sofia plus: SI. Estado Certificado
B) Ficha n° 2077343 de Villavicencio; Fecha inicio: 03/03/2020 y termina 07/03/2020, Duración 40 Horas. N°de aprendices:23, Desertados: 0, Porcentaje de cumplimiento de meta del curso: 100% Evaluado por Sofia plus: SI. Estado Certificado. C) Ficha n° 2080112 de San Martin; Fecha inicio: 09/03/2020 y termina 13/03/2020 Duración 40 Horas. En los que se ejecuta 40 horas, N°aprendices 19, Desertados 8, Porcentaje de cumplimiento 100%, Evaluado sofiaplus SI, Estado Certificado.
2. Conformación de grupos y atención a empresas para programar formación complementaria en los municipio de Villavicencio, San Martin, El Dorado y Mesetas en los dias 1,2,8, 14 y 15/03/2020 horas ejecución: 40
3. Revisión de diseños curriculares disponibles en plataforma en estado de ejecución a corde con el perfil de cada instructor y las necesidades del Centro de Formación y diseño de guias de aprendizaje por competencias de la ficha 2085511. Diseño 96151458 ver1 y diseño 93610065 ver.1. Ejecución 24 Horas en los dias 16,17 y 18/03/2020.
4. Apoyo al Centro de formación en la promoción de portafolios de servicios uso de redes sociales. Ejecución 8 horas en el 19/03/2020
Total de horas ejecutadas 160

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.

ADRIANA USECHE ROJAS
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 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,

GLADYS GUTIERREZ SARMIENTO
Profesional Grado 02

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**

RAFAEL ÁNGEL AGUILERA MARTÍNEZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO AGROINDUSTRIAL DEL META (E)

Scanned with CamScanner

Señor(es): ADRIANA USECHE ROJAS
Nit: CC 40393942
Dirección: Calle 18 sur n°14-21 este Urbanización Cavivir
Teléfono: 000 **Fax:**
Ciudad: VILLAVICENCIO

Respetado(s) señor(es)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

Nombre	ADRIANA USECHE ROJAS
Tipo y número de identificación	40393942
Número de radicación planilla	8341159484
Fecha de pago	3/6/2020
Número de autorización de pago	11481825
Banco	1023
Valor Comisión	$0

Número de empleados	1
Periodo cotización salud	Febrero 2020
Periodo cotización pensión	Febrero 2020
Periodo cotización caja	Febrero 2020
Número de administradoras	4
Total Pagado	$460.600
Total interes mora	$0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	$15.300	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	$233.600	1
CCF34	Cofrem Caja de Compensacion Fliar	$29.200	1
EPS002	Salud Total EPS	$182.500	1

PAGADO 11481825

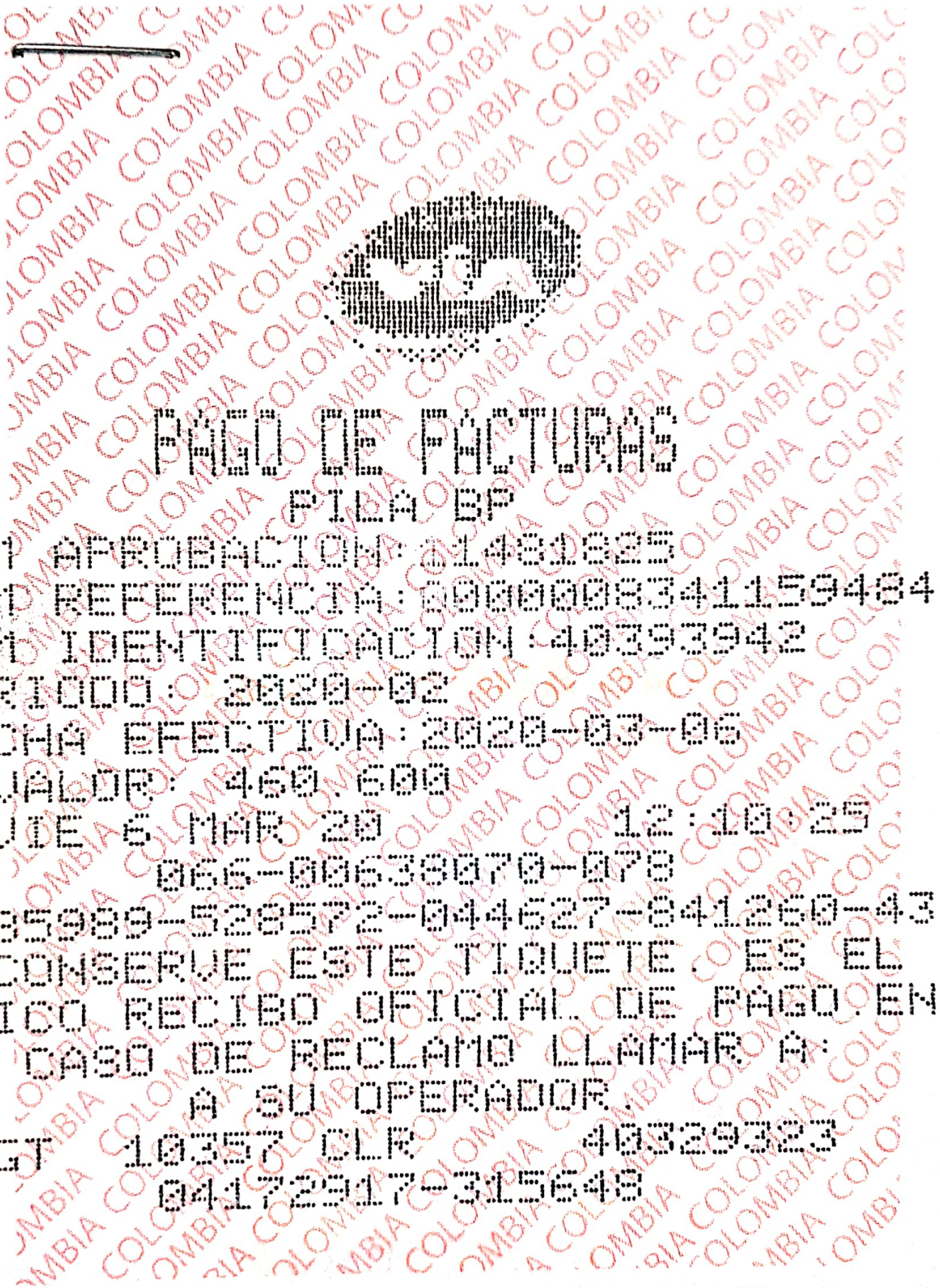
compensar | miplanilla.com

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

DATOS DEL AFILIADO							NOVEDADES																			VALOR IBC							LIQUIDACION DE APORTES				
Nº	TIPO	NUMERO	APELLIDOS Y NOMBRES	COD EPS	COD AFP	COD CAJA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	NUEVA EPS	NUEVA AFP	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC CAJAS	IBC RIESGOS	SUBTIPO COTIZANTE	EXTRANJERO	COLOMBIANO EN EXTERIOR	COTIZ PENSION	FONDO SOLIDAR PENSION	APORTE VOLUNT PENSION	COTIZ SALUD	UPC ADICIONAL
1	CC	40393942	USECHE ROJAS ADRIANA	EPS002	25-14	CCF34									X										1.459.921	1.459.921	1.459.921	1.459.921	0			233.600	0	0	182.500	0

PAGADO
1.146.182

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



PAGO DE FACTURAS
EIBA BP
NUM APROBACION: 01480885
NUM REFERENCIA: 00000008341159484
NUM IDENTIFICACION: 40393942
PERIODO: 2020-02
FECHA EFECTIVA: 2020-03-06
VALOR: 460.600
VDE6 MAR 20 12:10:25
866-866380870-8P8
7859B8-52B5F2-044627-041260-43
CONSERVE ESTE TIQUETE ES EL
UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO.EN
CASO DE RECLAMO LLAMAR A:
A SU OPERADOR.
AGT 10357 CLR 40329323
0417229173156B

Scanned with CamScanner

Villavicencio- Meta, 20 /Marzo/2020

Señores
Grupo de Apoyo Administrativo Mixto
Servicio Nacional de Aprendizaje SENA
Ciudad

Asunto: Solicitud deducible retención en fuente por dependientes

Estimados señores:

Con la presente solicito que de acuerdo con el Articulo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el Artículo 2º. Párrafo 3ro. del Decreto 099 del 2013, se tenga en cuenta como deducible de mis ingresos brutos provenientes de la relación laboral por el concepto de dependientes, los cuales relaciono a continuación:

Apellidos y Nombre	**Documento Identidad**	**Calidad del Dependiente**
Juan Manuel Martínez Useche	**TI 1123435385**	**Hijo menor de 14 años dependencia por factores físicos y/o psicológicos.**
José Alejandro Martínez Useche	**TI 1123438736**	**Hijo menor de 14 años dependencia por factores físicos y/o psicológicos**

Certifico bajo la gravedad de juramento la información consignada en esta solicitud y me comprometo a enviar solicitud de revocación de aplicación del deducible por dependientes en el caso en que cesen las condiciones que dan origen a esta solicitud.

Cordialmente,



Adriana Useche Rojas
CC. 403939427.

Anexo: Relación de documentos que anexa el trabajador.

- Registro civil de nacimiento Si
- Certificado de estudios. No
- Certificado contador público. Si
- Certificado medicina legal. No

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1123435385

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 40279702

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código

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

NOTARIA 3 VILLAVICENCIO COLOMBIA META VILLAVICENCIO

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MARTINEZ	USECHE

Nombre(s): JUAN MANUEL

Fecha de nacimiento			Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor RH
Año 2007	Mes ENE	Día 03	MASCULINO	O	+

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA META VILLAVICENCIO

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	A6668242

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: USECHE ROJAS ADRIANA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 0040393942	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: MARTINEZ HERNANDEZ JOSE MANUEL

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 0078443247	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: MARTINEZ HERNANDEZ JOSE MANUEL

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CEDULA DE CIUDADANIA 0078443247	

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 2007 Mes ENE Día 30	CESAR ALFONSO SALCEDO TORRES Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Scanned with CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1123438735

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 43504651

43504651

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☐ X Número ☐☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ **Código** X 9

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

NOTARIA 3 VILLAVICENCIO COLOMBIA META VILLAVICENCIO

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MARTINEZ	USECHE

Nombre(s)

JOSE ALEJANDRO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2009 Mes SEP Día 29	MASCULINO	B	+

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

COLOMBIA META VILLAVICENCIO

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	51858585-5

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

USECHE POJAS ADRIANA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 00[illegible]942	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

MARTINEZ HERNANDEZ JOSE MANUEL

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 0079443247	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

MARTINEZ HERNANDEZ JOSE MANUEL

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CEDULA DE CIUDADANIA 0079443247	

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 2009 Mes OCT Día 05	ANGELICA ROCIO OSPINA ACOSTA
	Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

IMPRESO POR DANARANJO S.A. NIT. 860.013.711-9 10363 10-2008

Scanned with CamScanner

Colombia Compra Eficiente

FORMATO DE CAPACIDAD FINANCIERA Y ORGANIZACIONAL

Diligencie este formato, guárdelo en formato PDF y cárguelo al SECOP II siguiendo los pasos explicados en el "Manual de Proveedores para el uso del SECOP II".

Capacidad financiera

Escriba el resultado de los siguientes indicadores:

Índice de Liquidez: activo corriente/pasivo corriente = 4.13

Índice de endeudamiento: pasivo total/activo total= 0.15 .

Razón de cobertura de intereses: utilidad operacional/gastos de intereses= 5.36

Capacidad organizacional

Escriba el resultado de los siguientes indicadores:

Rentabilidad del patrimonio: utilidad operacional/patrimonio= 0.02

Rentabilidad del activo: utilidad operacional/activo total= 0,01

Si usted es Proveedor persona jurídica incluya la firma, nombre y documento de identificación del representante legal o el revisor fiscal. Marque con una "X" para indicar si es el representante o el revisor fiscal.

Firma: _____

Nombre: _____

Revisor fiscal _____ Representante legal___

Documento de identificación: _____

Si usted es Proveedor personal natural incluya la firma de un contador público

Nilson Hernando Calvo H.
Contador Público
Tarjeta Profesional 24982-T

Firma: _____

Nombre: NILSON HERNANDO CALVO HERNANDEZ

Documento de identificación: C.C. No. 17.323.365 , Tarjeta Profesional 24.982-T

Scanned with CamScanner

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:
[illegible]

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **NILSON HERNANDO CALVO HERNANDEZ** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 17323365 de VILLAVICENCIO (META) Y Tarjeta Profesional No 24982-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde los últimos 5 años.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS ************************************
****
****

Dado en BOGOTA a los 15 días del mes de Octubre de 2019 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

DIRECTOR GENERAL

VALIDO PARA ADRIANA USECHE ROJAS

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado

Scanned with CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 17.323.365
CALVO HERNANDEZ

APELLIDOS
NILSON HERNANDO

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 28-JUN-1962
VILLAVICENCIO
(META)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

17-NOV-1980 VILLAVICENCIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-5200100-00201107-M-0017323365-20091201 6710102454

VALIDO PARA ADRIANA USECHE ROJAS

Nilson Hernando Calvo H.
Contador Público
Tarjeta Profesional 24982-T

República de Colombia
Ministerio de Comercio Industria y Turismo
JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO

24982-T



NILSON HERNANDO
CALVO HERNANDEZ
C.C. 17323365
RESOLUCION INSCRIPCION 2291 FECHA 14/09/1989
UNIVERSIDAD EL GRAN COLOMBIA

PRESIDENTE

LUIS ALFONSO COLMENARES RODRIGUEZ 3257

FIRMA DEL TITULAR

62473

DUPLICADO

Esta tarjeta es el único documento oficial acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990. Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla al Ministerio de Comercio Industria y Turismo, Junta Central de Contadores.

Scanned with CamScanner