|PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO

FORMATO INFORME MENSUAL EJECUCIÓN CONTRACTUAL

Ciudad y fecha Bogota 30 de abril de 2020

Señor (a)
ROSALBA GARZON BEJARANO
SUPERVISOR(A) CONTRATO No.**CO1.PCCNTR.1294141 de 2020**
PROFESIONAL G04
DESPACHO DIRECCION REGIONAL
BOGOTA

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

Referencia: No **CO1.PCCNTR.1294141 de 2020**

Luz Estella Mejia Diaz, identificado con la cédula de ciudadanía No. 43500770 de Medellin, en mi calidad de Contratista del SENA, Despacho Regional, en cumplimiento del Contrato de Prestación de Servicios de la referencia, a continuación presento el Informe de actividades realizadas en el mes objeto de cobro.

Valor y forma de Pago: El valor total del contrato asciende a la suma de SESENTA Y SIETE MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA MIL PESOS M/CTE ($67.980.000). Esta suma será pagada por el SENA al contratista de la siguiente manera: a) Un primer pago correspondiente al mes de enero de 2020 por valor de DOS MILLONES SESENTA MIL PESOS M/CTE ($2.060.000) b).Diez (10) pagos iguales por los meses de febrero a noviembre de 2020, por valor de SEIS MILLONES CIENTO OCHENTA MIL PESOS M/CTE ($6.180.000) cada uno, c) Un ùtimo pago correspondiente al mes de diciembre de 2020 por valor de CUATRO MILLONES CIENTO VEINTE MIL PESOS M/CTE (4.120.000).

Plazo: El plazo de ejecucipon del contrato será de ONCE (11) meses hasta el 20 de diciembre de 2020.

OBJETO:
Prestar servicios profesionales para revisar las actuaciones administrativas adelantadas por el despacho de la dirección regional.

CLÁUSULA CUARTA, A OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA.

No	Obligaciones	Acciones realizadas	Evidencias
1.	Verificar que las políticas y estrategias de Bienestar al aprendiz se cumplan en la Regional D.C	Coordinar Teams con las Líderes de Bienestar de los 15 centros de formación para dar los lineamientos del trabajo virtual. Participar en Teams con la Dirección General análisis de	WS de citación Grabación conferencia Teams Grabación conferencia Teams

		las acciones regionales en la contingencia Covid-19 Atender requerimientos referente a bienestar al aprendiz proyectar respuesta quejas, atender las solicitudes y realizar el análisis para el manejo del presupuesto solicitudes enviadas a la Dirección de Planeación y Formación Profesional e la DGral	Correos electronicos
2.	Revisar las actuaciones administrativas derivadas del proceso de bienestar al aprendiz.	Consolidar reporte de necesidades de los aprendices de los 15 centros de formación para el envio a la Dirección Regional y General con el análisis de la información. Coordinar Teams con los apendices para escuchar sus solicitudes e intervenir en la medida de lo posible. Elaborar con los profesionales los talleres psicosociales virtuales para el acomapañamiento e información a los aprendices Consolidar información con las acciones realizadas por bienestar en l contingencia social por el Covid -19 Oferta de Gobierno	Reporte correo electronico Conferecia Teams WS de la publicación Reporte correo electronico
3.	Efectuar las acciones requeridas para dar cumplimiento a lo señalado en la Resoluciòn 1228 de 2018 y Res.2203/19	Coodinar Teams para los lineamientos en la terminación y publicación de los resultados de la elecion de representantes de los Aprendices, asi como las estrategias de entrega de apoyos de sostenimiento y asignación de monitorias para los aprendices.	Conferencia Teams, actas en algunos centros de formación

4.	Verificar las actuaciones administrativas producidas por la coordinación de formación profesional en lo referente a la atención de los aprendices.	Acompñamiento telefónico a los aprendices y funcionarios con temas de salud mental, aislamiento social, terapia de aceptación, situaciones de incertidumbre y autocuidado. Elaborar la caracterización sociodemegrafica de los aprendices. Participar teams comité dirección regional. Participar Teams Renovación Cultural	Celular Correos Grabación Conferencia Teams Grabación Conferencia Teams
5.	Revisar las actuaciones administrativas relacionadas con la politica de atención a población vulnerable.	No se requirió para este mes	
6.	Apoyar los proyectos y actividades que incidan en la inserción laboral de población vulnerable.	No se requirió para este mes	

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, planilla No. 7748284426, pagos de aportes a salud, pensiones y ARL expedido por SOI, por el mes de marzo de 2020 (Decreto Ley 2106 de 2019 – " *Decreto Ley Antitrámites"*)

Cordialmente,

LUZ ESTELLA MEJIA DIAZ
Contrato No.CO1.PCCNTR.1294141 de 2020
C.C. No. 43500770

Recibí a satisfacción:

ROSALBA GARZON BEJARANO
Supervisor(a) Contrato No.CO1.PCCNTR.1294141 de 2020
Profesional G04.

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL DISTRITO CAPITAL
DESPACHO DIRECCION

Código Regional	**11**
Código Centro	**101000**
Fecha Elaboración	**Abril de 2020**
Versión	**MARZO 2020 - 3,20**
ID de Proceso	**81216-203017**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	LUZ ESTELLA MEJIA DIAZ	**C.C.**	43.500.770	**IP/Nº de contacto**	14406
Correo electrónico contratista:	lemejia@sena.edu.co				

Régimen del IVA: NO RESPONSABLE **Pertenece al régimen simple de tributación?** NO **Es declarante de renta?** SI **Es Pensionado?** NO

Sus ingresos en el 2019 Superaron $47.978.000 SI **Inducción SST** SI **Presta Servicios Excluidos de IVA ?** NO

Banco al cual consignar: BANCOLOMBIA **Tipo de cta** AHORROS **Nº Cuenta** 10152683364

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

Nº del contrato: 1294141/2020 **Nº Compromiso SIIF** **3520**

Valor Total del Contrato	$ 67.980.000	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 53.560.000	**4**	**Del**	**01/04/2020**	**Al**	**30/04/2020**	**$ 6.180.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 47.380.000		Comisiones			$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 6.180.000		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	1,61%
Ingresos por comisiones	$ 0		Retencion en la Fuente del Periodo	$ 59.519
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 6.180.000**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 3.695.925**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 59.519**

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

	Abril	Marzo
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**7748284426**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 2.224.800	$ 2.224.800
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 278.100	$ 278.100
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 356.000	$ 356.000
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 11.700	$ 11.700
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	$ 618.000	
Salud hasta $ 569.712	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 1.231.975	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	3.695.925,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	5.545.900,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	59.519,00	1,61%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299	53.573,00	0,966%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Descuentos de Libranza	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$ 6.066.908,00**	

SON: SEIS MILLONES SESENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS OCHO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Coordinar Teams lideres de Bienestar 15 centros de Formación
Consolidar reporte necesidades de los aprendices 15 centros
Coordinar teams aprendices atención a sus solicitudes
Elaboracion talleres virtuales psicosociales
Acompañamiento telefónico aprendices y funcionarios
Coordinar Teams elección representantes aprendices
Coordinar Teams apoyos de sostenimiento/ monitorias aprendices
Consolidar información acciones de Bienestar Oferta de Gobierno
Elaboración videos Recomendaciones salud mental en cuarentena para aprendices
Elaboración caracterización sociodemografica de los aprendices
Participar Teams Dirección General Bienestar al aprendiz
Participar Teams comité Dirección Regional
Coordinar con Of. Comunicaciones piezas publicitarias aprendices
Atender requerimientos Bienestar al aprendiz (presupuesto; quejas, solicitudes etc)
Participar Teams Renovación Cultural

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.

LUZ ESTELLA MEJIA DIAZ
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,

ROSALBA GARZON BEJARANO
PROFESIONAL G02

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

ENRIQUE ROMERO CONTRERAS
DIRECTOR REGIONAL

CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES

Bogotá, 30 de abril 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.	**1017924006**	**MANUELA MONSALVE MEJIA**	**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,

_____

Nombre: LUZ ESTELLA MEJIA DIAZ

C.C.43500770 de Medellín

NOTARIA DOCE

G.

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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1017924006

Indicativo Serial 39020362

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría XIX Número 12 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código A 4 L

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

. . . .COLOMBIA. . . . .ANTIOQUIA. . MEDELLIN. . . . . .

Datos del inscrito

Primer Apellido: . . . . .MONSALVE. . . . . Segundo Apellido: . . . . .MEJIA. . . . . .

Nombre(s): . . . . . .MANUELA. . . . . .

Fecha de nacimiento: Año 2005 Mes 004 Día 15 Sexo (en letras): FEMENINO

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

COLOMBIA. . . . .ANTIOQUIA. . . MEDELLIN. . . . . .

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos: CERTIFICADO MEDICO. . . . . Número certificado de nacido vivo: . A6379415. . . .

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: MEJIA DIAZ LUZ ESTELLA. . . . . .

Documento de identificación (Clase y número): C.C.#43.500.770 DE MEDELLIN(A). . . . . Nacionalidad: .COLOMBIANA. . .

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: MONSALVE AHUMADA MANUEL FERNANDO DE JESUS. . . . . .

Documento de identificación (Clase y número): C.C.#79.469.069 DE BOGOTA D.C. . . . . Nacionalidad: .COLOMBIANA. . .

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: MONSALVE AHUMADA MANUEL FERNANDO DE JESUS. . .

Documento de identificación (Clase y número): C.C.#79.469.069 DE BOGOTA D.C. . . . . Firma: 79.469.069

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

Año 2005 Mes 004 Día 15

Nombre y firma del funcionario que autoriza: BEATRIZ ELENA KEPES HERNANDEZ

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y Firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Nombre y Firma

ESPACIO PARA NOTAS

REPÚBLICA DE COLOMBIA — JOSÉ IVÁN RIVAL SEPÚLVEDA — NOTARIO DOCE — MEDELLÍN ANTIOQUIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA — 12 — BEATRIZ ELENA KEPES HERNANDEZ — NOTARIA DOCE ENCARGADA MEDELLIN

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Scanned with CamScanner

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	43500770
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			LUZ ESTALA MEJIA DIAZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CARRERA 8 #151- 83 APTO 202	TELÉFONO:	3104603
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otros trabajos de edición.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7748284426**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS:	MES:	marzo	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES:	marzo
	AÑO:	2020		AÑO:	2020
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2020/04/03	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		591182904

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 384.000
SUBTOTAL:			1	**$ 384.000**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800130907	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1	$ 300.000
SUBTOTAL:			1	**$ 300.000**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 12.600
SUBTOTAL:			1	**$ 12.600**

TOTAL PAGADO:	**$ 696.600**