SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL DISTRITO CAPITAL
CENTRO DE SERVICIOS FINANCIEROS- BTÁ D.C

Código Regional	11
Código Centro	940510
Fecha Elaboración	Febrero de 2020
Versión	ENERO 2020 - 1,20

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista:	VILMA ROCIO GONZALEZ VARGAS	**C.C.**	51.830.018	**IP/Nº de contacto**	3143794056
Correo electrónico contratista:	vrgonzalez8@misena.edu.co				
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	**Es declarante de renta?**	NO	**Es Pensionado?**	NO
Sus ingresos en el 2019 Superaron $47.978.000	SI	**Inducción SST**	SI	**Presta Servicios Excluidos de IVA ?**	SI
Banco al cual consignar:	BANCOLOMBIA	**Tipo de cta**	AHORROS	**Nº Cuenta**	16818652091
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:	1350682/2020		**Nº Compromiso SIIF**	**27220**	
Valor Total del Contrato	$ 39.543.898	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**		**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 39.543.898	**1**	**Del 06/02/2020**	**Al 29/02/2020**	**$ 3.158.458,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 36.385.440		Comisiones	$ 0,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 3.158.458		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	**$ 3.158.458**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.098.694**		**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	---------	40105547
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.263.383	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 158.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 202.200	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL	$ 6.600	$ 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	$ -	
Salud hasta $ 569.712	$ -	
Renta Exenta 25% $ 8.545.680	$ 699.565	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	2.098.694,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	2.798.258,00	
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	27.031,00	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	**$ 3.131.427,00**	

SON: TRES MILLONES CIENTO TREINTA Y UN MIL CUATROCIENTOS VEINTISIETE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

obligación 1- Realizar borrador de portafolio de complementaria, con el fin de presentar las entidades

obligación 3 Entregar documentos para crea fichas.
obligación 4-Crear básico de programas a ofrecer, en las distintas entidades.
obligación 5-Crea guías de aprendizaje, para los programas ofrecidos
obligación 7- Reporte de asistencia y cumplimiento de los aprendices
obligación 8-Entregar copias de documentos, para creación de fichas.
obligación 9-Reporte de asistencia
obligación 11-Reporte de asistencia
obligación 13 examen con calificación 100/100.SST
obligación 14-Concertar población: REDEPAZ FORO SOCIAL ALCALDIA SIBATE IDEPAC EQUIPO DE PAZ RAFAEL URIBE URIBE
obligación 17-certificación de la norma de competencia "ORIENTAR PROCESOS FORMATIVOS CON BASE EN LOS PLANES DE
obligacion 18- Acompañar a los aprendices a las actividades que se encuentren planeadas por el equipo de Bienestar al Aprendiz
obligación 20-Impartir formación a fichas de población
obligación 21-Las demás necesarias para el cabal cumplimiento del objeto contractual.

28 FEB 2020

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 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.

VILMA ROCIO GONZALEZ VARGAS
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;

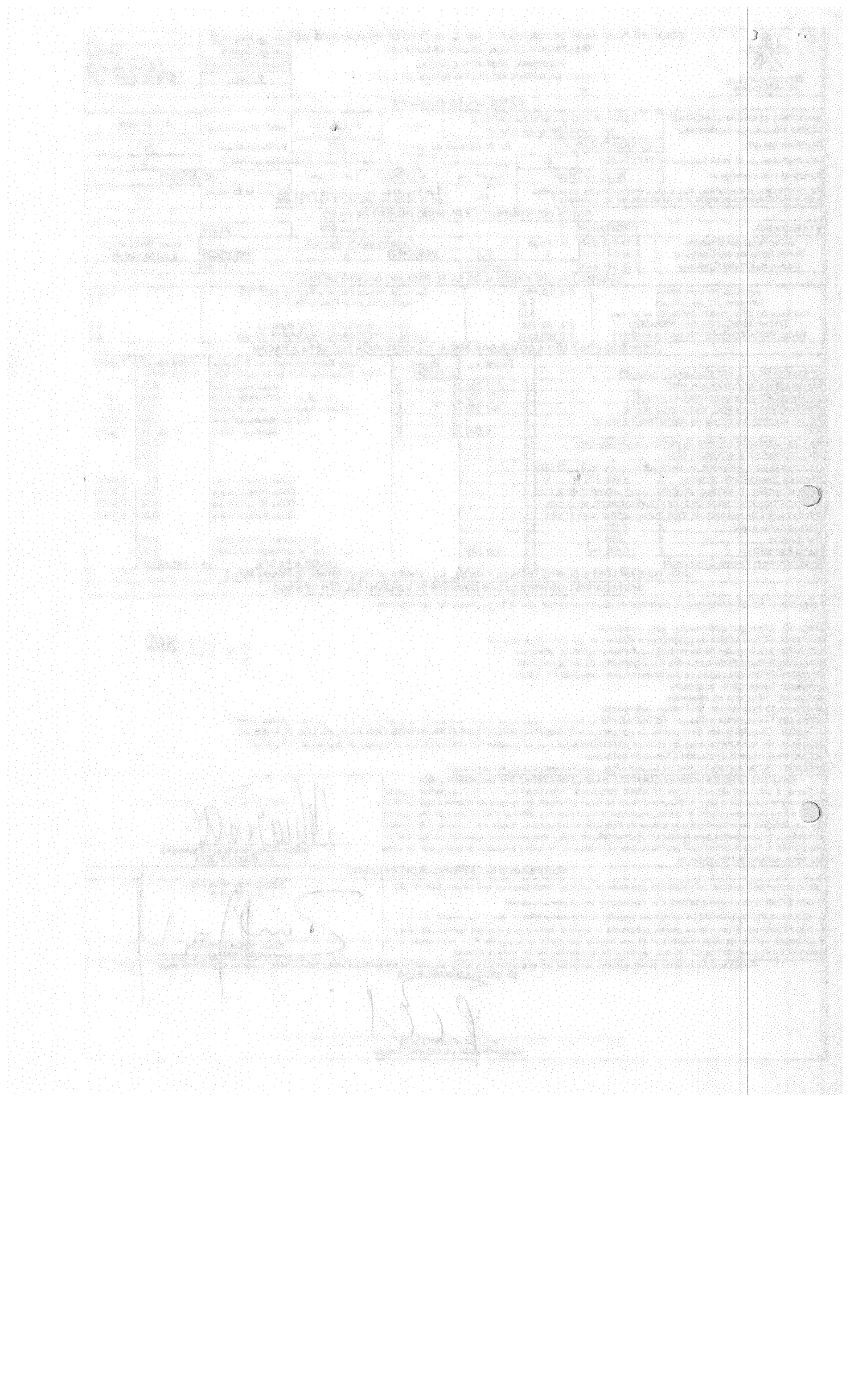
3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas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

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,

RAUL VEGA URRIAGO
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

MIREYA PARRA PINTO
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)



compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **VILMA ROCIO GONZALEZ VARGAS**, identificada con **CC** número **51830018**, aportó por el empleado **VILMA ROCIO GONZALEZ VARGAS** identificado(a) con **CC** número **51830018** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, el periodo de pensión de 01 - 2020 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECCION	DIAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	59														0		30	$878,000	0.00600	$5,300	$0	$0	Enero - 2020	40105547	10/02/2020	No
EPS008	Compensar EPS	59														0		30	$878,000	0.12500	$109,800	$0	$0	Enero - 2020	40105547	10/02/2020	No
230301	Porvenir	59														0		30	$878,000	0.16000	$140,500	$0	$0	Enero - 2020	40105547	10/02/2020	No
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	59														0		30	$878,000	0.00522	$4,600	$0	$0	Enero - 2020	40105547	10/02/2020	No

PAGADA

El presente certificado se expide a los 17 días del mes Febrero de 2020

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

ISO / IEC 27001 icontec Certificado Nº SI 004-1

compensar | salud eps

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) VILMA ROCIO GONZALEZ VARGAS identificado(a) con cedula ciudadania 51.830.018, se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20170301	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 4 días del mes de Enero de 2.020

Observaciones:

Con destino a:
SENA - CENTRO DE SERVICIOS FINANCIEROS.

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS.

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: TRANSACCIONES EN LINEA
12744043

CER-AFI

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR
NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

VILMA ROCIO GONZALEZ VARGAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **51.830.018**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 03 de Enero del 2020.

Cordialmente,

Vicepresidente de Clientes y Operaciones

Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a ***www.porvenir.com.co*** *y actualice su Historia Laboral.*

POSITIVA
Compañía de Seguros S.A.
N.I.T 860.011.153-6

CERTIFICA

Verificada la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó que VILMA ROCIO GONZALEZ VARGAS, con Cédula Ciudadanía No. 51830018 contratista de la empresa SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA, con Nit No. 899999034, tiene un registro como Independiente desde el 21/02/2020 y fecha fin de contrato 19/12/2020 con riesgo 1 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.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 20200101253474.

Dada en Bogotá, a los 20 días del mes de febrero de 2020

Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

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 [0][2] Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14675360838

(415)7707212489984(8020) 000001467536083 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 1 8 3 0 0 1 8	9	Impuestos de Bogotá [3][2]	

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]	[5][1][8][3][0][0][1][8]	[1][9][8][4][1][0][2][2]

Lugar de expedición / 28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA [1][6][9]	Bogotá D.C. [1][1]	Bogotá, D.C. [0][0][1]

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
GONZALEZ	VARGAS	VILMA	ROCIO

35. Razón social:

36. Nombre comercial: | 37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA [1][6][9]	Bogotá D.C. [1][1]	Bogotá, D.C. [0][0][1]

41. Dirección principal: CR 53 C CL 128 C 20 AP 304

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
arocio27@yahoo.com	[1][1][1][8][3][1]	[3][1][4][3][7][9][4][0][5][6]	[3][1][4][2][2][7][0][6][6][6]

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
8543	2016/02/01	8530	2009/07/19			2311	

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:	49																									

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código:										
	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: 2019/12/15

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.

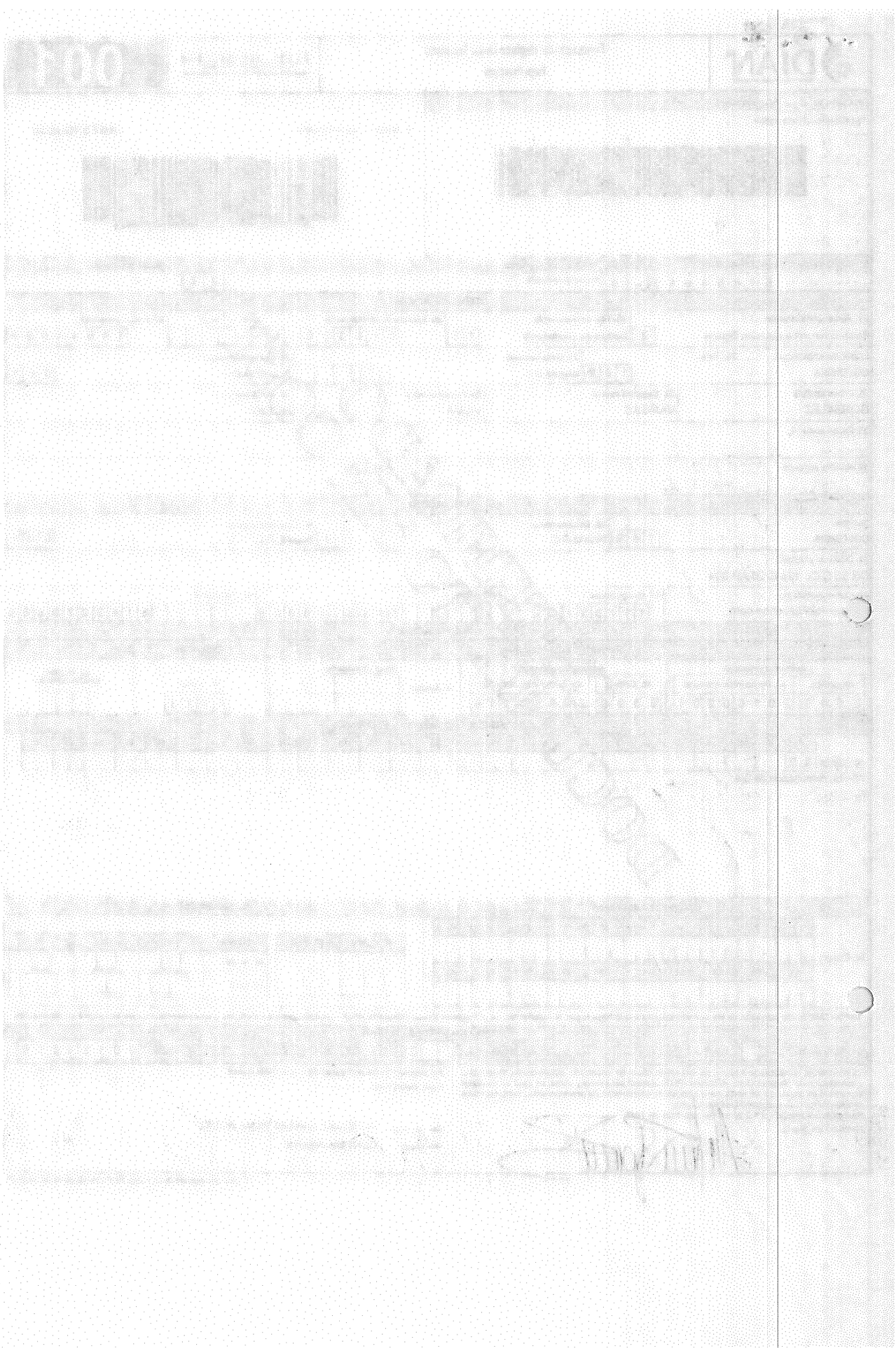
Firma autorizada:

984. Nombre: GONZALEZ VARGAS VILMA ROCIO

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 15-12-2019 08:37:05PM



SERVISALUD OCUPACIONAL IPS S.A.S.

CONCEPTO DE APTITUD MÉDICA OCUPACIONAL



FECHA 25-ene-2020 **HORA** 10:14:59
EMPRESA SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
TIPO DE EXAMEN: INGRESO
INFORMACIÓN GENERAL:
Nombre del Trabajador: Vilma Rocio Gonzalez Vargas
Edad 53 años 4 meses 24 dias
Documento de Identificación: CC Número: 51830018
Cargo INSTRUCTORA

APTO PARA EL CARGO ASIGNADO

Diagnóstico 1: Z100 Examen de salud ocupacional
Diagnóstico 2: R635 Aumento anormal de peso

EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

Audiometria: Conducta: Su capacidad auditiva es adecuada para la ocupación
Remisión: Ninguna

Optometria
Vision Lejana: CUMPLE CON LAS CONDICONES VISUALES PARA EL CARGO ,PAUSAS ACTIVAS OCULARES , ERGONOMIA VISUAL,USAR FILTROS AR , CONTROL EN UN AÑO .
Vision Cercana: CUMPLE CON LAS CONDICONES VISUALES PARA EL CARGO ,PAUSAS ACTIVAS OCULARES , ERGONOMIA VISUAL,USAR FILTROS AR , CONTROL EN UN AÑO .

LABORATORIO: PERFIL LIPIDICO: ANORMAL GLICEMIA: NORMAL CH: NORMAL

Otras Recomendaciones: HABITOS DE VIDA SALUDABLES, DIETA BALANCEADA, CONTROL MEDICO SEMESTRAL EN SU EPS, EJERCICIO FISICO, USAR EPP,
EXAMEN OSTEOMUSCULAR NORMAL
REMISION A EPS , MEDICINA GENERAL Y NUTRICION

"El examinado certifica que no omitió ningún dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales , personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud, y que toda la información expresada en este documento es cierta "
LOS RESULTADOS FUERON CONSIGNADOS EN UNA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL QUE REPOSA EN NUESTRA IPS

Médico

Firma Dr. Jorge E. Betancourth P. Médico Especialista Salud Ocupacional
Nombre: JORGE ENRIQUE BETANCOURT PLAZA
RM. 15344 Lic.SO:

Trabajador

Firma
Nombre: Vilma Rocio Gonzalez Vargas
CC N° 51830018

Huella

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: Autorizo a **Servisalud ocupacional IPS.,** a realizar en mí, el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional (es) registrado(s) en este documento. **Servisalud ocupacional IPS.,** me ha explicado la naturaleza y propósito del exámen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, limitaciones, los riesgos y consecuencias del examen y/o paraclínico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de pruebas.

Entiendo que la realización de estas pruebas es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que realizara(n) el (los) exámenes. Fui informado de las medidas que tomara SERVISALUD OCUPACIONAL IPS., para asegurar la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este (os) examen (es) están completas y son verídicas. Autorizo a SERVISALUD OCUPACIONAL IPS., para que suministre a las entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo contempladas en la legislación vigente.

AUTORIZACIÓN DE PROTECCIÓN Y TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a SERVISALUD OCUPACIONAL IPS, la recolección, almacenamiento de datos y que sean usados, circulados y en general tratados, con la finalidad de desarrollar nuestro objeto social, el cual es el servicio de salud ocupacional, la realización de exámenes de laboratorio, igualmente para la identificación de las personas y para la suscripción de contratos.

Con el objetivo de verificar la autenticidad de la identidad de los usuarios y con la finalidad de garantizar la seguridad de la identidad, evitar suplantaciones, fraudes y para efectos de carácter probatorio, SERVISALUD OCUPACIONAL IPS S.A.S, realizará la recolección de la firma digitalizada, fotografía digitalizada y la huella dactilar digitalizada, los cuales están clasificados como datos sensibles, que son almacenados en la historia clínica y por lo tanto no se almacenarán en bases de datos que serán tratadas por EL RESPONSABLE, garantizando así el derecho a la intimidad y confidencialidad.

Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Trabajador:

Firma:

Nombre: YULIA ANDREA GONZALEZ V

C.C. No. 51830018



Certificado Bancario

Viernes, 3 de Enero de 2020

Señores
SENA - CENTRO DE SERVICIOS FINANCIEROS

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que VILMA ROCIO GONZALEZ VARGAS identificado(a) con CC 51830018, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	16818652091	2014/01/22	ACTIVA

*** Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Paula Andrea Vélez Gómez

Gerente Estrategia Canal Telefónico

Es el momento de todos

Bancolombia