

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL CHOCÓ		Código Regional	27
			Código Centro	952210
			Fecha Elaboración	Noviembre de 2020
			Versión	AGOSTO 2020 - 5,20
			ID de Proceso	84367-708396
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista: ERIKA MARIA PALACIOS RAMIREZ		C.C. 35.895.854	IP/N° de contacto 3137037029	
Correo electrónico contratista: empalacios@sena.edu.co				
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 ? NO	
Banco al cual consignar: BANCOLOMBIA		Tipo de cta AHORROS	N° Cuenta 53641107219	
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		
Tiene contratos de prestación de servicios con otras Entidades Públicas: N/A				
Se acogió para el mes anterior, al pago parcial del aporte al Sistema General de Pensiones según el Art. 3 del Decreto N° 558: N/A				
Se acogió para el mes objeto de cobro, al pago parcial del aporte al Sistema General de Pensiones según el Art. 3 del Decreto N° 558: N/A				
DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO				
N° del contrato: 1773628/2020	N° Compromiso SIIF 64620			
Valor Total del Contrato \$ 16.697.600	N° Pago 4	Periodo objeto de pago		Valor Bruto Pago \$ 4.174.400,00
Saldo Anterior del Contrato \$ 7.235.627	Del 01/11/2020	Al 30/11/2020		
Nuevo Saldo del Contrato \$ 3.061.227	Comisiones \$ 0,00			
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios \$ 4.174.400	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, Rete Fuente Otros Ingresos		\$ 0	
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO \$ 4.174.400	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE \$ 2.773.800				
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	Noviembre	Octubre	Valor Base retención en la fuente 2.773.800,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC \$ 1.669.760	4360618445	\$ 1.669.760	Valor Base retención en la fuente ICA 3.698.400,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud \$ 208.800	\$ 208.800	\$ 208.800	Valor base IVA 0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión \$ 267.200	\$ 267.200	\$ 267.200	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional \$ -	\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente 0,00	0,00%
ARL II \$ 17.500	\$ 17.500	\$ -	Menos Retención IVA 0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias \$ -	\$ -	\$ -	Reteica - 8551 7.397,00	0,200%
Aportes voluntarios a cuentas AFC \$ -	\$ -	\$ -	Pro Utch 41.744,00	1,000%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.128.000 \$ -	\$ -	\$ -	Otras Retenciones 0,00	0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.560.700 \$ -	\$ -	\$ -	Otras Retenciones 0,00	0,000%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ -	\$ -	\$ -	Otras Retenciones 0,00	0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ -	\$ -	\$ -	Descuentos de Libranza 0,00	
Aportes A.R.L. de ingresos de otros meses cobrados en el mes \$ -	\$ -	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene) 0,00	
Dependientes hasta \$ 1.139.424 \$ -	\$ -	\$ -	VALOR A PAGAR \$ 4.125.259,00	
Salud hasta \$ 569.712 \$ -	\$ -	\$ -		
Renta Exenta 25% \$ 8.545.680 \$ 924.600	\$ 924.600	\$ -		
Retención en la Fuente Contingente \$ -	\$ -	\$ -		
SON: CUATRO MILLONES CIENTO VEINTICINCO MIL DOSCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE PESOS M/CTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
<p>Teniendo en cuenta los lineamientos del programa ser y las recomendaciones de bioseguridad dad por la entidad cumpliendo con los protocolos se realizaron las siguientes actividades. me desplace a el municipio de Rio Quito más específicamente a el corregimiento de san isidro, donde en reunión con los aprendices y el presidente del concejo comunitario hicimos concertación de los días, hora y cultivos a trabajar en la formación denominado: PRODUCCION AGROPECUARIA PARA PROGRAMAS DE SOBERANIA ALIMENTARIA , se dio inicio a la formación con la ubicación del lugar consecución y corte del material vegetal se trabajó todo lo relacionado con las herramientas de tropenbos (mapa del territorio , calendario productivo, y el diagrama de entradas y salidas)</p>				
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.			ERIKA MARIA PALACIOS RAMIREZ EL CONTRATISTA	
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO				
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui 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.			YILSE ALEID RUIZ CARRILLO INSTRUCTOR G13	
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				
JUAN CARLOS BLANCO CORDOBA DIRECTOR REGIONAL CON FUNCIONES DE SUBDIRECTOR DE CENTRO				

No. **081****ORDEN DE VIAJE CONTRATISTA**

Atentamente solicito el tramite presupuestal y pago del anticipo para el desplazamiento del contratista:

Nombre **Erika Maria Palacios Ramirez** c.c No. **35.895.854** de **Quibdo**Contrato No. **1773628** de **24 de agosto de 2020**Valor Honorarios mensual **4.174.400** Valor 100% **4.174.400** **6**Regimen del IVA: **SIMPLIFICADO**Salida estimada **05/11/2020** Llegada estimada **07/11/2020** dias **2.5**Destino ciudad **Rio Quito** **C**Manutencion Diaria **203.660**Pasaje Aereo ☐ Pasaje Terrestre ☒ Ruta **Quibdo - San Isidro - Quibdo****OBJETIVOS**

Finalización de la Formación del Curso denominado Recuperación de los Recursos Agropecuarios Locales / definición del equipo de la Unidad Productiva del mismo, concertación de la nueva formación denominada Básico en Producción de Material Vegetal para Vivero.

Valores a reconocer:

Gastos de manutencion	509.150
Gtos transporte por comision	100.000
Otros gastos	0
Valor neto a reconocer	609.150

REGISTRO PRESUPUESTAL **115820**FECHA **3-NOV-20** EMA **PE****SON: Seiscientos Nueve mil Ciento Cincuenta pesos m/cte.**

AUTORIZACION PARA QUE EN LA FIRMA DEL CONTRATO SE DEMUESTRE EL VALOR RECONOCIDO POR LA COMISION DE SERVICIOS

RECIBE
CONFIRME**Erika Maria Palacios**
35.895.854 **Quibdo**No. CDP **24.0** de **952200**

Observaciones

Subdirector CRNIB

Dependencia

Firma Solicitante Ordenador del Gasto

LEGALIZACION ORDEN DE VIAJE CONTRATISTA

Valores a legalizar

Gastos de manutencion	509.150
Gtos transporte por comision	100.000
Otros gastos	0
Valor neto a legalizar	609.150

0
0
0

SALDO A PAGAR

0

SALDO A PAGAR

0

EL SOLICITANTE CERTIFICA QUE EL COMISIONADO AUTORIZADO EN ESTA COMISION U ORDEN DE SERVICIOS CUMPLIO A SATISFACCION CON LOS OBJETIVOS PREVISTOS

Solicitante - Ordenador del Gasto

UB

SIGA		SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	
COMPROBANTE DE LEGALIZACION DE GASTOS TRANSPORTE INFORMAL EN DESPLAZAMIENTO COMISION DE CONTRATISTAS			
CIUDAD / MUNICIPIO - FECHA: Quibdo 19-11-2020		Código Regional:	27
NOMBRE DEL CONTRATISTA: ERIKA MARIA PALACIOS RAMIREZ		Código Centro:	952210
No. DOCUMENTO IDENTIDAD: 35895854		Fecha de elaboración:	19/11/2020
		ID Proceso:	
En desarrollo de la comisión No. <u>81</u> durante los días <u>5,6,7</u> del mes de <u>Noviembre</u> de <u>2020</u> se informa que en los tramos detallados a continuación, fue necesario utilizar transporte informal sin generación de documento soporte de pago por parte del prestador del servicio:			
FECHA	TRAYECTO GENERADOR DEL PAGO	MEDIO DE TRANSPORTE	VALOR PAGADO
05/11/2020	QUIBDO- RIO QUITO	FLUVIAL	50.000
07/11/2020	RIO QUITO- QUIBDO	FLUVIAL	50.000
RAZON POR LA CUAL, SE AUTORIZA EL GASTO INCURRIDO CUYO VALOR PAGADO EQUIVALE A:			100.000
Para efectos legales el CONTRATISTA certifica bajo la gravedad del juramento, que las actividades objeto del desplazamiento se cumplieron a cabalidad y el valor cobrado corresponde al valor efectivamente pagado al prestador del servicio de transporte informal.			
Este formato aplica únicamente para justificar gastos de transporte en aquellos sitios donde no se cuenta con transporte formal.			
Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el comisionado y el Supervisor de Contrato, se autoriza el presente gasto			
COMISIONADO CONTRATISTA		SUPERVISOR DE CONTRATO	
Nombre completo: ERIKA MARIA PALACIOS RAMIREZ	Nombre completo: Yilse Aleida Ruiz Carrillo	Nombre completo: Juan Carlos Blanco	
Cargo: Instructor	Cargo: Supervisor de contrato	Cargo: Director Regional	
Firma: Erika Ma Palacios	Firma: Yilse A Ruiz	Firma: Juan Carlos Blanco	

GRF-F-076 V.01

**FORMATO INFORME LEGALIZACION DESPLAZAMIENTO - CONTRATISTA****CIUDAD Y FECHA** Quibdó 19 de Noviembre de 2020**PRESENTADO A:** Juan Carlos Blanco Córdoba director regional

ORDEN DE VIAJE No:	FECHA DE INICIO:	FECHA DE FINALIZACION:
	5 de Noviembre de 2020	7 de Noviembre de 2020
LUGAR A DONDE REALIZÓ EL DESPLAZAMIENTO	REGIONAL / CENTRO DE FORMACION	OTRA : (ciudad)
	Choco Centro de recursos Naturales industria y biodiversidad	Rio Quito

OBJETIVO DEL DESPLAZAMIENTO: Concertación, construcción de eras y definición del grupo que hará parte de la unidad productiva.**ACTIVIDADES DESARROLLADAS:**

1. Realizar actividades de concertación,. Construcción de eras y de viveros
2. Definición del equipo que hara parte de la unidad productiva a crear como resultado del desarrollo de la formación.
3. Realización de prácticas de campo teniendo como base los resultados de aprendizaje desarrollados

RESULTADOS:

Conformación del equipo de los aprendices que integraran la unidad productiva a crear como resultado del desarrollo del programa de formación.
Concertación, construcción de eras y de viveros.

EVIDENCIAS O SOPORTES: Enuncie los archivos que soportan estos resultados y anexe lo correspondiente en este Informe

1. Registro fotográfico
2. Listados de asistencias

COMPROMISOS

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	FECHA
1.actividades construcción de era y siembra de plantas medicinales,	Instructor	5 de Noviembre de 2020
2. . Adecuación de un galpón para donde se está criando pollos de engorde	Instructor y aprendices	6 de Noviembre de 2020

GTH-F-087 V.01

3	corte de material para la construcción de un vivero	Instructor	7 de Noviembre de 2020
CONCLUSIONES:			
1	Se conformó el equipo de los aprendices que integraran la unidad productiva a crear como resultado del desarrollo del programa de formación.		
2	Se cortó el material vegetal para la construcción de un vivero.		
3	Se adecuo un galpón para la cria de pollos de engorde		
DATOS DEL CONTRATISTA			
NOMBRE Y APELLIDO		FIRMA	
ERIKA MARIA PALACIOS RAMIREZ		<i>Erika M. Palacios</i>	
VISTO BUENO SUPERVISOR			
CARGO DEL SUPERVISOR	NOMBRE Y APELLIDO SUPERVISOR	FIRMA	
Supervisora de contrato	Yilse Aleida Ruiz Carrillo	<i>Yilse A. Ruiz</i>	

REGISTRO FOTOGRÁFICO

Creación de unidad productiva y ubicación del espacio donde quedara el vivero



GTH-F-087 V.01



OBJETIVO (S)	
--------------	--

Concertar horarios días y productos a trabajar.

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA	TIPO DE VINCULACIÓN		EMPRESA/DEPENDENCIA	CORREO ELECTRÓNICO	CELULAR/EXT. SEHA	FIRMA
			PLANTA	CONTRATISTA				
	DeBora Córdoba	35565174						DeBora
	Eucledes Pino							Eucledes
	Faustino Córdoba	4.820298						Faustino
	Maria R Sida Rada	35.892000						Maria R Sida
	Ruperta Palacio	35565173						Ruperta
	Gloria Maria Córdoba	35565173						Gloria
	Eyda Palacio	35565158						Eyda P
	Camila Palacio	35565194						Camila
	Gregorio Palacio	11370099						Gregorio
	Maximiana P.P.	35565231						Maximiana
	Cruz María P.P.	35.565168						Cruz M
	Arturo P C	4808462						Arturo PC

GD-F-007 V.02

Dirección de Empleo y Trabajo
Formato Lista de Asistencia Condiciones de Salud Actividades Presenciales
Programa SER y Atención a Víctimas

REGIONAL: Chocó
 CENTRO DE FORMACIÓN / DEPENDENCIA: C. R. N. I. B. Programa SER
 CIUDAD, MUNICIPIO Y/O VEREDA: Rio Quilón San Isidro
 FECHA: 06/11/2020
 NOMBRE DE QUIEN EJECUTA LA ACTIVIDAD: Erika Ma Palacios R ROL: Instructor
 ACTIVIDAD DESARROLLADA: Concepción

NÚMERO DE FICHA (SOLO PARA FORMACIÓN): 7224996

LOCALIZACIÓN Y NOMBRE DEL AMBIENTE DONDE SE REALIZA LA ACTIVIDAD:

Concejo Comunitario

HOBBY:

Actualmente se encuentra diagnosticado con Covid-19 o está a la espera de los resultados de la prueba

Durante los últimos 14 días ha estado en contacto con personas diagnosticadas con Covid-19 o que están a la espera de resultados de la prueba

Durante los últimos 14 días ha presentado síntomas asociados al Covid-19 como fiebre, dificultad al respirar, tos seca, dolor de garganta, dolor de cabeza, pérdida del sentido del olfato o el gusto, diarrea, conjuntivitis o molestias general

Si aprendió o se presentó con los síntomas de inseguridad (verbalización)

FIJADA PARTICIPANTE

N°	NOMBRE	APELLIDOS	CC/TI	TELÉFONO/CEL	E-MAIL	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1	DEBORA	COLOMBIA	35563120				X		X		X		X		X
2	EVELIO	PINO	11791548				X		X		X		X		X
3	FAUSTINO	COLOMBIA	47822998				X		X		X		X		X
4	MARIA LUISA	RODRIGUEZ					X		X		X		X		X
5	ELIO	PALACIOS	35565158				X		X		X		X		X
6	RUPERTO	PALACIOS	35565158				X		X		X		X		X
7	CARLOS	PALACIOS	35565158				X		X		X		X		X
8	GREGORIO	PALACIOS	4570999				X		X		X		X		X
9	MAXIMILIANO	PALACIOS	35565158				X		X		X		X		X
10	CRUZ MARÍA	P. R.	35565158				X		X		X		X		X
11	FUTURO	DE LA OCA	11791548				X		X		X		X		X
12	MARINO	DE LA OCA	11791548				X		X		X		X		X
13															
14															
15															
16															
17															
18															
19															
20															
21															
22															
23															
24															
25															
26															
27															
28															
29															
30															

Firma del responsable

[Firma manuscrita]

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 11.806.313

MURILLO PALACIOS

APELLIDOS
EMELINO

NOMBRES
Emelino Murillo Palacios

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 05-NOV-1973

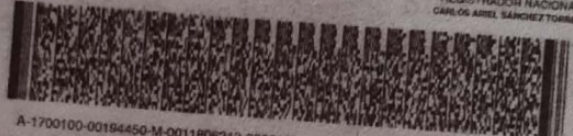
QUIBDO
(CHOCO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.64 O- M
ESTATURA G.S. RH SEXO

22-ABR-1996 QUIBDO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ABEL SANCHEZ TORRES



A-1700100-00194450-M-0011806313-20091107 0017767084A 1 1850104350

CL. 3106458235

Recibo de Caja Menor

Ciudad	Quibdó	05	11	2020	No.
Pagado a	Emelino Murillo P.				\$ 50.000=
Concepto	Transporte fluvial				
	Quibdó - San Isidro				
Valor (en letras)	Cincuenta Mil pesos				
Código	Firma de recibido				
Aprobado	Emelino Murillo Palacios				
	C.C. ☒	NIT. ☐	No.	41806313	

Recibo de Caja Menor

Ciudad	Quibdó	07	11	2020	No.
Pagado a	Emelino Murillo P.				\$ 50.000=
Concepto	Transporte fluvial				
	San Isidro - Quibdó				
Valor (en letras)	Cincuenta mil pesos				
Código	Firma de recibido				
Aprobado	Emelino Murillo Palacios				
	C.C. ☒	NIT. ☐	No.	41806313	