

 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES REGIONAL DISTRITO CAPITAL CENTRO DE GESTION ADMINISTRATIVA-BTA D C - SERVICIOS PRESTADOS A L		Código Regional	11
			Código Centro	940410
			Fecha Elaboración	Diciembre de 2020
			Versión	AGOSTO 2020 - 5.20
			ID de Proceso	17150-912866

DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos contratista:	LUZ MAGALY BALLEEN SANCHEZ	C.C.	38.289.202	IP/N° de contacto
Correo electrónico contratista:	lmballen202982@misena.edu.co			
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	Pertenece al régimen simple de tributación?	NO	Es declarante de renta?
			SI	Es Pensionado?
			NO	NO
Sus ingresos en el 2019 Superaron \$47.978.000	NO	Inducción SST	SI	Presta Servicios Excluidos de IVA ?
			SI	SI
Banco al cual consignar:	DAVIVIENDA	Tipo de cta	AHORROS	N° Cuenta
				488405406445
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:	1336970/2020	N° Compromiso SIIF	15120	
Valor Total del Contrato	\$ 41.438.973	N° Pago	11	
Saldo Anterior del Contrato	\$ 3.790.150	Periodo objeto de pago	Del 01/12/2020 Al 31/12/2020	
Nuevo Saldo del Contrato	\$ 0	Comisiones	\$ 0,00	
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
Ingresos por honorarios	\$ 3.790.150	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	\$ 3.790.150	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0	
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 2.234.201			

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR				
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS	Diciembre	Noviembre	Valor Base retención en la fuente	2.234.201,00
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.516.060	\$ 1.516.060	Valor Base retención en la fuente ICA	3.357.950,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 189.600	\$ 189.600	Valor base IVA	0,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 242.600	\$ 242.600	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00
ARL	\$ 8.000	\$ 8.000	Menos Retención IVA	0,00
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -	\$ -	Menos Retención IVA	0,00
Aportes voluntarios a cuentas AFC	\$ -	\$ -	Reteica - 8299	32.438,00
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias \$7.128.000	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Intereses Prestamo de Vivienda \$ 3.560.700	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Aportes A.R.L. de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00
Dependientes hasta \$ 1.139.424	\$ 379.015	\$ -	Descuentos de Libranza	0,00
Salud hasta \$ 569.712	\$ -	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00
Renta Exenta 25% \$ 8.545.680	\$ 744.734	\$ -	VALOR A PAGAR	\$ 3.757.712,00
Retención en la Fuente Contingente \$ -	\$ -	\$ -		

SON: TRES MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL SETECIENTOS DOCE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO	
Orientar Formación Profesional Integral a los aprendices según programación de fichas Acompañamiento a los aprendices en el desarrollo de procesos formativos y/o productivos. Actualizar contenidos y tecnologías en las diversas competencias del programa de formación. Elaboración y entrega de formatos y documentos requeridos en el proceso académico administrativo.	

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 MAGALY BALLEEN SANCHEZ 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 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, ROBERTO MARTINEZ CASTRO 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

WAINE ANTONY TRIANA ALBIS
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

Identificación	38289202	Sucursal	PRINCIPAL	Teléfono	9087564
Razón Social	Luz Magaly Ballen Sanchez	Dirección	Carrera 12 # 144 - 48 apto 707 barrio cedritos	Fecha Pago	09/12/2020
Clase de Aportante	I - Independiente	Ciudad	BOGOTÁ, D.C.	Periodo Salud	Noviembre-20
Banco	BANCO DAVIVIENDA	No. Planilla	47251785	Periodo Pensión	Noviembre-20
Total a Pagar	\$440,200	Total Intereses Mora	\$0	Estado	Pagada
Número Días en Mora	0				

PENSIÓN

Código	Nombre	Nit	Afiliados	Sumatoria IBC	Cotización	Voluntaria Afiliado	Voluntaria Empleador	Fondo Solidaridad	Fondo Subsistencia	Interés Mora	Total antes Mora	Total a Pagar
230301	Porvenir	800224808	1	\$1,516,060	\$242,600	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0		\$242,600
Totales				\$1,516,060	\$242,600	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0		\$242,600

SALUD

Código	Nombre	Nit	Afiliados	Sumatoria IBC	Cotización	UPC	Interés Mora	Autorización Incapacidades	Valor Incapacidades	Autorización Licencias	Valor Licencias	Saldo a Favor	Total antes Mora	Total a Pagar
EPS005	Sanitas EPS	800251440	1	\$1,516,060	\$189,600	\$0	\$0		\$0		\$0		189600	\$189,600
Totales				\$1,516,060	\$189,600	\$0	\$0		\$0		\$0		\$189,600	\$189,600

INFORMACIÓN ARP

Código	Nombre	Nit	Afiliados	Sumatoria IBC	Cotización	Interés Mora	Valor Total Incapacidades	Saldo a Favor	Valor Pagado Otros Riesgos	Total antes Mora	Total a Pagar
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	860011153	1	\$1,516,060	\$8,000	\$0				8000	\$8,000

CERTIFICACION DEPENDIENTES

Bogotá, 14 de diciembre 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:

C.C.	28.782.809	LUZ MARINA SÁNCHEZ	MAMÁ

A continuación indico la calidad de los dependientes que estoy solicitando y anexo los documentos correspondientes para acreditar esta condición:

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

Es mi padre, madre o padres y/o hermano quien se encuentra en situación de dependencia por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT (\$9.258.000) año 2020, para lo cual apporto, además del registro de civil de nacimiento, la certificación del contador público sobre sus ingresos. Si la dependencia está originada en factores físicos o psicológicos, acredito además el dictamen médico correspondiente emitido por Medicina Legal.

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: LUZ MAGALY BALLÉN SÁNCHEZ
C.C. 38.289.202

ABRIL 04	MAYO 05	JUNIO 06	JULIO 07	AGOSTO 08
SEPT. 09	OCTUBRE 10	NOV. 11	DIC. 12	

REPUBLICA DE COLOMBIA
REGISTRO CIVIL

Superintendencia de Notariado y Registro

REGISTRO DE NACIMIENTO

5661030

IDENTIFICACION No.

1 Parte básica	2 Parte compl.
80 12 18	078 11

3 Clase (Notaría, Alcaldía, Corregiduría, etc.) NOTARIA UNICA.-	4 Municipio y Departamento, Intendencia o Comisaría Honda.-	5 Código 6140
---	---	-------------------------

SECCION GENERAL

6 Primer apellido BALLEN.-	7 Segundo apellido SANCHEZ.-	8 Nombres LUZ MAGALY.-
9 Masculino o Femenino femenino.-	10 ☐ Masculino ☒ Femenino	11 Día 18
12 Mes Diciembre	13 Año 1.980	
14 País Colombia.-	15 Departamento, Int., o Com. Tolima.-	16 Municipio Honda.-

SECCION ESPECIFICA

17 Lugar de nacimiento HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE HONDA.-	18 Hora 9 A.M
19 Documento presentado. Antecedente (Cert. médico, Acta de parto, etc.) Certificado Médico.-	20 Nombre del profesional que certificó el nacimiento LUZ MARINA.-
21 No. licencia	22 Edad (años) 25
23 Apellido (de la madre) SANCHEZ.-	24 Nombres LUZ MARINA.-
25 Identificación (clase y número) c.c. # 28.782.809 de Honda.-	26 Nacionalidad Colombiana
27 Profesión u oficio Hogar.-	28 Apellidos BALLEN BERNAL.-
29 Nombres MIGUEL ANTONIO.-	30 Edad (años) 35
31 Identificación (clase y número) c.c. # 19.990.955 de Bogotá.-	32 Nacionalidad Colombiano
33 Profesión u oficio Empleado	

34 Identificación (clase y número) c.c. # 19.090.955 de Bogotá.-	35 Firma (autógrafa) MIGUEL ANTONIO BALLEN BERNAL
36 Dirección postal Calle 6a. # 22-82 Honda.-	37 Nombre MIGUEL ANTONIO BALLEN BERNAL
38 Identificación (clase y número)	39 Firma (autógrafa)
40 Domicilio (Municipio)	41 Nombre
42 Identificación (clase y número)	42 Firma (autógrafa)
43 Domicilio (Municipio)	43 Nombre
44 Domicilio (Municipio)	44 Nombre
45 Fecha en que se sienta este registro 2 Enero.- 1.981	46 Fecha en que se sienta este registro 2 Enero.- 1.981

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL



REPUBLICA DE COLOMBIA
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
HONDA - TOLIMA

Es fiel copia tomada de su original que reposa en los archivos de esta oficina Data: 12/09/97

VALIDO PARA MATRIMONIO SIN NOTA MARGINAL.

09 ENE 2009

MANUEL JOSE BAQUERO JARAMILLO
REGISTRADOR MUNICIPAL DEL ESTADO CIVIL
Sin Sello Oct. 21/09/97

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **28.782.809**

SANCHEZ

APELLIDOS

LUZ MARINA

NOMBRES

Luz Marina Sanchez

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **08-JUN-1955**

HONDA
(TOLIMA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.57

ESTATURA

O+

G.S. RH

F

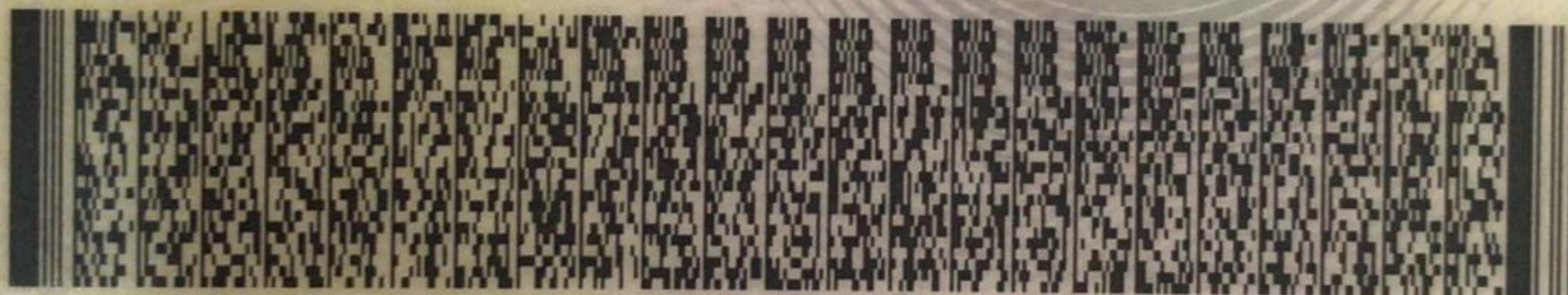
SEXO

17-ENE-1976 HONDA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-2906400-00110863-F-0028782809-20081024

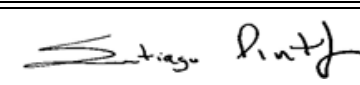
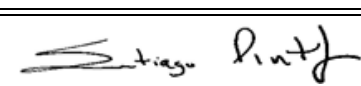
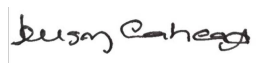
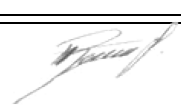
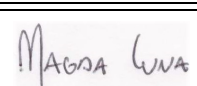
0004796420A 1

6550000122

REGISTRO NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

	SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA ENTREGA DE BIENES E INFORMACIÓN DE EJECUCIÓN CONTRACTUAL POR EL CONTRATISTA	LUGAR: CENTRO DE GESTION ADMINISTRATIVA
		FECHA: 2020-12-07
		REGIONAL: DISTRITO CAPITAL

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS:		IDENTIFICACIÓN
LUZ MAGALY BALLEEN SANCHEZ		C.C. No 38.289.202
DIRECCIÓN U OFICINA DONDE SE EJECUTÓ EL CONTRATO: CENTRO DE GESTION ADMINISTRATIVA REGIONAL DISTRITO CAPITAL SENA (AV CARACAS # 13-80)		
NÚMERO Y FECHA DE CONTRATO: CO1.PCCNTR.1336970 DEL 3 DE FEBRERO DE 2020		
CAUSAL DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO		
LIQUIDACIÓN POR MUTUO ACUERDO ☐	CESIÓN ☐	LIQUIDACIÓN ANTICIPADA POR MUTUO ACUERDO ☐ TERMINACIÓN UNILATERAL ☐

DEPENDENCIA SENA	Marcar con X	RESPONSABLES	
		NOMBRES	FIRMA
GESTIÓN DE TIC			
ADMINISTRACIÓN DE DOCUMENTOS			
ENTREGA CARNÉ (A Supervisor del Contrato en las Regionales y Centros de Formación) SECRETARÍA GENERAL	X	ROBERTO MARTINEZ CASTRO	
ALMACÉN E INVENTARIOS	X	LUIS SANTIAGO PINTO OLAYA	
SERVICIOS GENERALES, ADQUISICIONES (Administración de edificio; Contratación)	X	LUIS SANTIAGO PINTO OLAYA	
CONTABILIDAD	X	JOHAN ORVAIS MORENO PACHON	
TESORERIA		DEISY ASTRID CABRERA AHUMADA	
COORDINACIÓN DE: ÁREA/GRUPO/ ACADEMICA	X	ROBERTO MARTINEZ CASTRO	
BIBLIOTECA	X	MAGDA ELICETH LUNA AVILA	
OTRO			
OTRO			
SUPERVISOR DE CONTRATO	X	ROBERTO MARTINEZ CASTRO	

ELEMENTOS FALTANTES U OBLIGACIONES PENDIENTES (Relacionar con su respectivo valor)
OTROS : _____

 LUZ MAGALY BALLEEN SANCHEZ Firma del Contratista



**SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
INFORME FINAL DE SUPERVISIÓN
CONTRATACIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES**

CONTRATO No. 1336970 febrero 3 de 2020

NOMBRE DEL CONTRATISTA: Luz Magaly Ballén Sánchez

IDENTIFICACION DEL CONTRATISTA: Cédula de ciudadanía número 38.289.202

OBJETO DEL CONTRATO Prestar los servicios personales de carácter temporal, para impartir Formación Profesional Integral, mediante la modalidad de periodos fijos de instructores, para la ejecución de acciones de Formación Titulada y/o Complementaria, presencial y virtual, en las Áreas de Gestión del Talento Humano, Asistencia y Gestión Administrativa y Gestión Documental y de la Información, del Centro de Gestión Administrativa, Subsede y Organizaciones, así como las actividades de capacitación o de auditoria en el sistema integrado de gestión de calidad, para Orientar, Participar, Formular, Ejecutar, Seguir, Controlar, Planes, Programas y Proyectos desarrollando Competencias de la Formación Profesional Integral para dar respuesta a la política Institucional entre otros el Proceso de Calidad y Mejoramiento Continuo y demanda de la población; en las jornadas diurna, nocturna, madrugada y fines de semana.

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA: (Específicas del Contrato)

- 1) Atender la formación de aprendices en el área específica del respectivo programa de formación, en las fases o Competencias establecidas y programadas.
- 2) Orientar y apoyar a los aprendices en el desarrollo de proyectos formativos y/o productivos en las respectivas etapas de formación.
- 3) Garantizar la actualización de los contenidos y tecnologías, de las fases o Competencias en las cuales se desarrolla la formación de los aprendices.
- 4) Así mismo, de acuerdo con el área de desempeño para la cual fue seleccionado deberá orientar la formación, para desarrollar en los aprendices las competencias del programa.



**SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
INFORME FINAL DE SUPERVISIÓN
CONTRATACIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES**

- 5) Aplicar durante el periodo de duración del contrato, al proceso de certificación de competencias según normas de competencias que aplica a la función Instructor, así como a los procesos, que el SENA adelante para certificar habilidades pedagógicas.
- 6) Cumplimiento oportuno con las entregas de los distintos formatos y documentos requeridos en el proceso administrativo.
- 7) Cumplimiento del manual, estándares y lineamientos vigentes para la orientación de procesos de formación a través de ambientes virtuales de aprendizaje.
- 8) Adicionalmente, para los instructores de Formación Virtual en todos los niveles, se requiere "Cumplir la ejecución de la formación que se asigne para el acompañamiento de aprendices en Ambientes Virtuales de Aprendizaje SENA, según lo descrito en el instructivo para orientar el desempeño del instructor en Ambientes Virtuales de Aprendizaje SENA, entregado por el a Dirección de Formación Profesional"

LUGAR DE EJECUCIÓN

SENA Regional Distrito Capital CGA Coordinación Jornada Madrugada.

PLAZO DE EJECUCIÓN: *El plazo de ejecución del presente contrato será de DIEZ (10) MESES, Veintisiete (27) DIAS,*

FECHA DE INICIACIÓN CONTRATO: **03 DE Febrero DE 2020**

FECHA DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO: **30 DE Diciembre DE 2020**

VIGENCIA DEL CONTRATO: *El plazo de ejecución del presente contrato será de DIEZ (10) MESES, Veintisiete (27) DIAS,*



**SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
INFORME FINAL DE SUPERVISIÓN
CONTRATACIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES**

VALOR DEL CONTRATO: El valor total del presente contrato asciende a la suma de CUARENTA Y UN MILLONES CUATROCIENTOS TREINTA Y OCHO MIL NOVECIENTOS SETENTA Y TRES PESOS (\$41.438.973) COP

SUPERVISOR: ROBERTO MARTÍNEZ CASTRO

IDENTIFICACION DEL SUPERVISOR: cédula de ciudadanía número 18934684

SUSPENSIONES Y AMPLIACIONES DE SUSPENSIÓN: SI ____ NO ____

ACTAS No.	TIEMPO	CAUSALES

Valor total del contrato	\$41.438.973
Valor Ejecutado	\$41.438.973
Saldo de pendiente de cancelar al contratista	\$0
Saldo a liberar	\$ 0

BALANCE FINANCIERO:

PRODUCTOS O ACTIVIDADES EJECUTADAS *(Indicar de forma concisa y clara que trabajos ejecuto, ej: realizo 200 liquidaciones con éxito, o realizo 50 contratos, editor la página web de la entidad, etc.)*



**SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA
INFORME FINAL DE SUPERVISIÓN
CONTRATACIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES**

**OBSERVACIONES DE LA SUPERVISIÓN SOBRE LOS PRODUCTOS O ACTIVIDADES
EJECUTADAS**

(especificar de forma ejecutiva un resumen sobre las actividades ejecutadas por el contratista, indicando si se han cumplido las metas planteadas)

SANCIONES: SI___ NO_X__

CUMPLIMIENTO FRENTE A LA OBLIGACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL: SI_X_ NO__

GRADO DE SATISFACCIÓN: EXCELENTE_X BUENO__ REGULAR__ INSUFICIENTE__

Atentamente,

FIRMA SUPERVISOR DEL CONTRATO