SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES
REGIONAL VALLE
CENTRO DE LA CONSTRUCCION-VALLE - SALUD OCUPACIONAL

Código Regional	**76**
Código Centro	**922810**
Fecha Elaboración	**Noviembre de 2020**
Versión	**AGOSTO 2020 - 5,20**
ID de Proceso	**78428-993019**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos contratista: EDGAR ALEXANDER SALAS CHACUA
Correo electrónico contratista: easalas@sena.edu.co
C.C. 1.151.935.831 **IP/Nº de contacto** 22695

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 **Nº Cuenta** 6119451441

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

Nº del contrato: 1324999/2020 **Nº Compromiso SIIF** **1720**

Valor Total del Contrato	$ 26.944.800	**N ° Pago**	**Periodo objeto de pago**				**Valor Bruto Pago**
Saldo Anterior del Contrato	$ 4.944.000	**10**	**Del**	**01/11/2020**	**Al**	**30/11/2020**	**$ 2.472.000,00**
Nuevo Saldo del Contrato	$ 2.472.000		Comisiones			$ 229.992,00	

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.472.000		Tarifa de Retencion en la Fuente ART 383°	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 229.992		Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0			
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 2.701.992**		Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.815.069**		**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

	Noviembre	Octubre
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	----------	**4359883739**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 988.800	$ 988.800
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 123.600	$ 123.600
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 158.300	$ 158.300
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL V	$ -	$ 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	$ 605.023	
Retención en la Fuente Contingente	$ -	

Valor Base retención en la fuente	1.815.069,00	TARIFA
Valor Base retención en la fuente ICA	2.420.092,00	
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	0,00	0,000%
-	0,00	
-	0,00	
-	0,00	
Pro-UCEVA	13.510,00	0,500%
Universidad del Pacífico	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	**$ 2.458.490,00**	

SON: DOS MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS NOVENTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Capacitación protocolo de bioseguridad 2
Revision y vo.bo. Estudios previos 6
Evaluación de procesos de contrato 8
Procesos de contrato revisados y evaluados 6
Repuesta a correos referente a SST 16
Programacion examenes medicos
Elaboración de documentos referente a SST 6

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.

EDGAR ALEXANDER SALAS CHACUA
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,

CARLOS IVAN ZULUAGA VILLAMARIN
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

BEATRIZ EUGENIA COBO GARCIA
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1151935831
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			EDGARD ALEXANDER SALAS CHACUA
CIUDAD/MUNICIPIO:	CALI	DEPARTAMENTO:	VALLE
DIRECCIÓN:	CALLE 62 2 B 32	TELÉFONO:	4395366
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4359883739**			TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES octubre	AÑO	2020	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES octubre AÑO 2020
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2020/11/09			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9992604540

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 158.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 158.300	$ 0	$ 158.300
SUBTOTALES:										**$ 158.300**	**$ 0**	**$ 158.300**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 123.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 123.600	$ 0	$ 0	$ 123.600
SUBTOTALES:													**$ 123.600**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 123.600**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																									PARAFISCALES						
																										PENSIÓN										SALUD								ARP																	
																													FSP		APORTES VOLUNTARIOS																											
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADOR	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1151935831	SALAS CHACUA EDGAR ALEXANDER	INDEPEND		$ 988.800				NO																	230301-PORVENIR	30	$ 988.800	$ 158.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 158.300	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	30	$ 988.800	$ 123.600	$ 0	$ 123.600			$ 0		$ 0		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 281.900**

Planilla Pagada

FORMATO INFORME LEGALIZACION DESPLAZAMIENTO - CONTRATISTA

CIUDAD Y FECHA Santiago de Cali, 17 de noviembre de 2020

PRESENTADO A: Beatriz Cobo, Subdirectora Centro de la Construcción.

ORDEN DE VIAJE No:	**FECHA DE INICIO:**	**FECHA DE FINALIZACION:**
290	**09/11/2020**	**09/11/2020**
LUGAR A DONDE REALIZÓ EL DESPLAZAMIENTO	**REGIONAL / CENTRO DE FORMACION**	**OTRA : (ciudad)**
	VALLE	**YUMBO**

OBJETIVO DEL DESPLAZAMIENTO:

INSPECCIONAR LA SEDE YUMBO, EN EL MARCO DE LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD

ACTIVIDADES DESARROLLADAS:

1. **Recorrido sede Yumbo en el marco de los protocolos de Bioseguridad**
2. **Mejoras en la demarcación, señalización en el marco de los protocolos de bioseguridad, preparación visita secretaria de Salud del municipio de Yumbo**
3.

RESULTADOS:

1. **Mejoras realizadas en el marco del cumplimiento del protocolo de bioseguridad.**

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

1. **Informe mejoras realizadas en el marco del cumplimiento del protocolo de bioseguridad.**

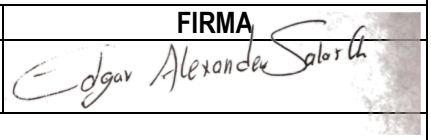
COMPROMISOS

ACTIVIDAD	**RESPONSABLE**	**FECHA**
1. Informe mejoras realizadas en el marco del cumplimiento del protocolo de bioseguridad.	**Edgar Alexander Salas**	**09/11/2020**

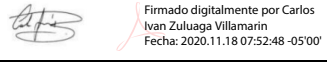
CONCLUSIÓNES:

1. **Al realizar el recorrido en la sede Yumbo, se lograron identificar mejoras que fueron desarrolladas preparando a la sede para la visita de la secretaria de salud del municipio de Yumbo,**

DATOS DEL CONTRATISTA

NOMBRE Y APELLIDO	**FIRMA**
EDGAR ALEXANDER SALAS	

VISTO BUENO SUPERVISOR

CARGO DEL SUPERVISOR	**NOMBRE Y APELLIDO SUPERVISOR**	**FIRMA**
PROFESIONAL GRADO 2	**CARLOS IVAN ZULUAGA**	 Firmado digitalmente por Carlos Ivan Zuluaga Villamarin Fecha: 2020.11.18 07:52:48 -05'00'

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
COMPROBANTE DE LEGALIZACION DE GASTOS TRANSPORTE INFORMAL
EN DESPLAZAMIENTO COMISION DE CONTRATISTAS

Codigo Regional :	**76**
Codigo Centro:	**9228**
Fecha de elaboración:	**17/11/2020**
ID Proceso:	**78428-993019**

CIUDAD / MUNICIPIO - FECHA: YUMBO 9112020
NOMBRE DEL CONTRATISTA: EDGAR ALEXANDER SALAS
No. DOCUMENTO IDENTIDAD: 1151935831

En desarrollo de la comisión No. **290** durante los dias **9** del mes de NOVIEMBRE de **2020** 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
09/11/2020	CALI-YUMBO-CALI	BUS	12000
	RAZON POR LA CUAL, SE AUTORIZA EL GASTO INCURRIDO CUYO VALOR PAGADO EQUIVALE A:		**12000**

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 unicamente 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	ORDENADOR DEL GASTO
Nombre completo: EDGAR ALEXANDER SALAS	**Nombre completo:** CARLOS IVAN ZULUAGA	**Nombre completo:** BEATRIZ COBO
	Cargo: PROFESIONAL GRADO 2	**Cargo:** SUBDIRECTORA CENTRO DE LA CONSTRUCCIÓN
Firma:	**Firma:**	**Firma:** Firmado digitalmente por Beatriz Eugenia Cobo Garcia Fecha: 2020.11.18 11:09:13 -05'00'

GRF-F-076 V.01

FORMATO INFORME LEGALIZACION DESPLAZAMIENTO - CONTRATISTA

CIUDAD Y FECHA Santiago de Cali, 17 de noviembre de 2020

PRESENTADO A: Beatriz Cobo, Subdirectora Centro de la Construcción.

ORDEN DE VIAJE No:	**FECHA DE INICIO:**	**FECHA DE FINALIZACION:**
290	**10/11/2020**	**10/11/2020**
LUGAR A DONDE REALIZÓ EL DESPLAZAMIENTO	**REGIONAL / CENTRO DE FORMACION**	**OTRA : (ciudad)**
	VALLE	**YUMBO**

OBJETIVO DEL DESPLAZAMIENTO:

INSPECCIONAR LA SEDE YUMBO, EN EL MARCO DE LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD

ACTIVIDADES DESARROLLADAS:

1. **Recorrido sede Yumbo con los profesionales de la secretaria de Salud y de Educación del Municipio de Yumbo,**
2. **Firma del acta de la visita**

RESULTADOS:

1. **Aval de la Secretaria de Yumbo referente al protocolo de Bioseguridad del Centro de la Construcción.**

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

1. **Acta visita Secretaria de Salud Municipio de Yumbo**

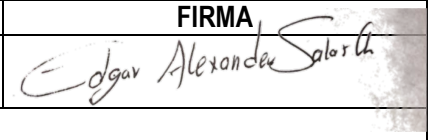
COMPROMISOS

ACTIVIDAD	**RESPONSABLE**	**FECHA**
1. Enviar evidencias de los documentos solicitados por la secretaria de Salud	**Edgar Alexander Salas**	**13/11/2020**

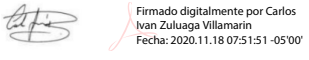
CONCLUSIÓNES:

1. **Con el aval de la secretaria de Salud del municipio de yumbo, el centro de la construcción cuenta con la autorización para iniciar formación en la sede, por lo cual se informa a la Subdirección para iniciar con la programación y citación de los aprendices.**

DATOS DEL CONTRATISTA

NOMBRE Y APELLIDO	**FIRMA**
EDGAR ALEXANDER SALAS	

VISTO BUENO SUPERVISOR

CARGO DEL SUPERVISOR	**NOMBRE Y APELLIDO SUPERVISOR**	**FIRMA**
PROFESIONAL GRADO 2	**CARLOS IVAN ZULUAGA**	 Firmado digitalmente por Carlos Ivan Zuluaga Villamarin Fecha: 2020.11.18 07:51:51 -05'00'

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE
COMPROBANTE DE LEGALIZACION DE GASTOS TRANSPORTE INFORMAL
EN DESPLAZAMIENTO COMISION DE CONTRATISTAS

Codigo Regional :	**76**
Codigo Centro:	**9228**
Fecha de elaboración:	**17/11/2020**
ID Proceso:	**78428-993019**

CIUDAD / MUNICIPIO - FECHA: YUMBO 9112020
NOMBRE DEL CONTRATISTA: EDGAR ALEXANDER SALAS
No. DOCUMENTO IDENTIDAD: 1151935831

En desarrollo de la comisión No. **291** durante los dias **10** del mes de NOVIEMBRE de **2020** 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
10/11/2020	CALI-YUMBO-CALI	BUS	12000
	RAZON POR LA CUAL, SE AUTORIZA EL GASTO INCURRIDO CUYO VALOR PAGADO EQUIVALE A:		**12000**

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 unicamente 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	ORDENADOR DEL GASTO
Nombre completo: EDGAR ALEXANDER SALAS	**Nombre completo:** CARLOS IVAN ZULUAGA	**Nombre completo:** BEATRIZ COBO
	Cargo: PROFESIONAL GRADO 2	**Cargo:** SUBDIRECTORA CENTRO DE LA CONSTRUCCIÓN
Firma:	**Firma:**	**Firma:** Firmado digitalmente por Beatriz Eugenia Cobo Garcia Fecha: 2020.11.19 11:09:44 -05'00'

GRF-F-076 V.01